Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Klassischer und cervicaler Kaiserschnitt.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

vorgelegt von

Kasimir Michalski.

Breslau 1910.
Buchdruckerei der Schlesischen Volkszeitung.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät
:: der Universität Breslau. ::
Referent:
Professor Dr. Küstner.

Meiner Gattin Halina
in Liebe und Verehrung

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543119_0143

Der Kaiserschnitt ist zweifellos die älteste Operation, welche in der Peritonealhöhle ausgeführt wurde. Aus den Angaben der Historiker ist es ersichtlich, daß der Kaiserschnitt an der Toten schon manchen Kulturvölkern des Altertums bekannt gewesen ist. Numa Pompilius soll es gewesen sein, der die Lex regia erließ, der zufolge keine schwanger Verstorbene bestattet werden durfte, es sei ihr denn vorher die Frucht aus dem Leibe geschnitten worden. (Mulierem, si praegnans mortua fuit, ne humato, qui secus faxit, quasi spem animantis peremerit, ita esto). Osiander meint, daß die Sitte, die Leiche unbedeckt zur Erde oder auf den Holzstoß zu bringen, zu Beobachtungen führte, daß die Frucht einer unentbunden gestorbenen Frau in ihrem Leibe noch Bewegungen machte. Auf diese Weise sei man zu der Überzeugung gekommen, daß die Frucht die Mutter überleben könne, und deshalb habe man versucht, das Leben des Kindes schwanger verstorbener Frauen durch Eröffnen des Leibes der Mutter zu erhalten. Falls Osianders Anschauung richtig sein sollte, dann müßte die verstorbene Schwangere sofort nach dem Tode bestattet worden sein, was nicht anzunehmen ist. Wahrscheinlicher ist es, daß man beim Abschlachten trächtiger Tiere zum Opfer beobachtet hat, daß die Jungen das getötete Muttertier überleben können.

Den Ausdruck „Sectio caesarea“ von Julius „Caesar“ abzuleiten ist längst abgelehnt worden, da ja, wie Osiander hervorhebt, Caesars Mutter während seines Feldzuges gegen die Gallier noch lebte. „Kaiserschnitt“ ist nur eine schlechte Verdeutschung von „Sectio caesarea“. Ob der Kaiserschnitt an der Lebenden bei Gebärunmöglichkeit von den alten Völkern ausgeführt wurde, ist nicht erwiesen; v. Winckel hält es jedoch für möglich. In der christlichen Zeit finden wir den hauptsächlichsten Verfechter des Kaiserschnitts an der Toten in der katholischen Geistlichkeit. Um die Seele des Kindes durch die Taufe zu retten, gab man den Priestern die Erlaubnis zum Kaiserschnitt an der Toten. Dadurch artete der Kaiserschnitt

in der lächerlichsten Weise aus, indem man z. B. schon bald nach der Conception seine Ausführung für notwendig hielt. Um die Taufe auch ohne Kaiserschnitt vornehmen zu können, wurde in einer Sitzung der Akademie in Paris (1861) die intrauterine Taufe per vaginam vorgeschlagen und besprochen; die Geistlichkeit gab sich jedoch damit nicht zufrieden, da im Falle einer Zwillingsschwangerschaft nur ein Kind der Taufe teilhaftig würde. Es wurde auch in dieser Sitzung die Frage nach dem Zeitpunkt der Lebensfähigkeit und die Frage, wie lange die Frucht im Leibe den Tod der Mutter überleben könne, erörtert. Es würde zu weit führen, die mitunter ganz unglaublichen Ansichten hier aufzuzählen, die in dieser Sitzung geäußert wurden. Trotz alledem muß zugegeben werden, daß die katholische Kirche zur Entwickelung des Kaiserschnittes beigetragen hat.

Dem Gedanken, den Kaiserschnitt auch an der Lebenden vorzuschlagen oder auszuführen, begegnen wir verhältnismäßig spät. — Die ältesten Fälle von angeblicher Sectio caesarea an der Lebenden waren wahrscheinlich nur Laparotomien bei Extrauterinschwangerschaft; (so der Fall des Jacob Nufer, eines ὀρχότομος im Jahre 1500 in Siegershausen, der des Paul Dirlewang im Jahre 1549 zu Wien und einige andere aus dem 16. Jahrhundert). Der erste historisch beglaubigte Kaiserschnitt an der Lebenden ist von dem Chirurgen Jeremias Trautmann am 21. April 1610 zu Wittenberg bei einer Hernie eines graviden Uterus gemacht worden. Die Frau starb nach 25 Tagen, nachdem sie das Bett bereits verlassen hatte. Von da ab wurde der Kaiserschnitt nun öfters ausgeführt, mitunter auch mit glücklichem Ausgang für die Mutter, vielfach auch in solchen Fällen, wo wir heut die Zange anlegen oder andere entbindende Operationen ausführen. Die Frage, ob Kaiserschnitt oder Perforation, wurde wiederholt aufgeworfen, aber erst durch Deventers Lehre vom engen Becken, ist man zu einer Klärung in dieser Streitfrage gekommen. Eine allgemein gültige Indikation zum Kaiserschnitt stellte als erster Levret auf, der als Kennzeichen der absoluten Gebärunmöglichkeit infolge von Beckenenge angibt, daß die Hand in die Beckenhöhle nicht eingeführt werden könne. An der Methode, das Kind durch den Kaiserschnitt aus dem Leibe der Mutter zu eliminieren, ist viel gearbeitet und geändert worden. Es sind richtige und

geniale Vorschläge und Versuche gemacht worden, was daraus zu ersehen ist, daß sie in die heutige moderne Geburtshilfe Aufnahme fanden. Die Prognose des Kaiserschnittes blieb eine recht ungünstige. — Es kommt die Zeit der Anti- und Asepsis. Die Resultate des Kaiserschnittes werden besser gegen früher, sie sind aber immer noch unbefriedigend. Einen bedeutenden Schritt nach vorwärts sehen wir erst in der epochemachenden Operation Porros, der, um die Quelle der Blutung und Infektion zu beseitigen, den Uterus supravaginal amputierte (Amputatio utero-ovarica), zum erstenmal am 21. Mai 1875 zu Pavia ausgeführt. Allerdings hat schon vor Porro Storer in Boston bei einer Gebärenden wegen einer stark blutenden Geschwulst im Anschluß an die Sectio caesarea den Uterus supravaginal amputiert. Jedoch die erste methodische Entfernung des gesunden Uteruskörpers als eine Modifikation der Sectio caesarea hat Porro ausgeführt, weshalb auch die Operation mit Recht nach seinem Namen genannt wird. Wie groß die Begeisterung für diese Operation war, ist aus der Tatsache ersichtlich, daß Eustache aus Lille aus den Jahren 1879 bis 1884 140 Porro-Operationen gegen 46 Fälle der alten Methode des Kaiserschnittes in der gesamten Literatur auffinden konnte. Aber nicht lange beherrschte die Porro'sche Sectio caesarea das Operationsfeld.

Eine neue Wendung in der Geschichte der Sectio caesarea ist durch den Namen Sänger gekennzeichnet. Durch Studien und Vorschläge zur Verbesserung der Sectio caesarea, vor allem aber durch die Einführung einer rationellen Uterusnaht hat er dem „klassischen" Kaiserschnitt wieder Eingang verschafft (1882). Die verstümmelnde Operation Porros, durch die das Weib geradezu „entweibt" wurde, gerät immer mehr in den Hintergrund; heutzutage käme sie kaum noch in Betracht, sie gehört fast lediglich zur Geschichte des Kaiserschnitts. Als einzige, allgemein anerkannte Indikation für die Porro-Operation gilt heute nur noch inoperables Carcinom des Uterus. Aber solche Fälle werden wohl selten zur Beobachtung kommen. Küstner sagt zu dieser Frage, er könnte sich bei der Entwickelung der abdominalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus heutzutage kaum noch vorstellen, daß ein carcinomatöser Uterus, welcher noch gravid geworden ist, nicht vom Abdomen aus zu exstirpieren wäre.

Die Prognose des klassischen Kaiserschnittes wurde immer besser, aber trotzdem sahen sich die Operateure wiederholt noch gezwungen, die Porro'sche Operation auszuführen, und zwar in den Fällen, wo sie voraussetzen mußten, daß das Uteruscavum bereits infiziert war. Man kommt auf den Gedanken, das Peritoneum bei der Herausnahme des Kindes oberhalb des Beckens zu umgehen, um so der Gefahr der Peritonitis aus dem Wege zu gehen. Die Namen Frank und Sellheim werden hierdurch bekannt und berühmt.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt ist eine Errungenschaft der letzten Jahre. Lesen wir aber in der Geschichte der Geburtshilfe nach, so finden wir, daß auch er seine Vorgeschichte hat.

Im Jahre 1806 machte Jörg den Vorschlag, nach Eröffnung der Bauchhöhle nicht den Uterus zu inzidieren, sondern die Vagina und nötigenfalls noch den äußeren Muttermund, um durch diese Öffnung das Kind zu extrahieren. Einen Schritt weiter ging F. A. Ritgen. Er wollte durchaus das Peritoneum völlig intakt lassen. Nachdem die Blase durch einen in sie eingeführten Katheter nach links geschoben und der Uterus von den Bauchdecken aus ebenfalls nach links hinübergezogen war, wurde von der Gegend des Hüftbeinkammes bis nahe zur Schoßbeinfuge ein halbmondförmiger Schnitt durch die Haut und Muskeln bis auf das Peritoneum gemacht, „ohne aber dieses zu verletzen". Nach Unterbindung der Gefäße sollte das Peritoneum stumpf nach oben abgeschoben werden. Alsdann wurde eine spitze Sonde in die Vagina eingeführt und diese durchbohrt. Die entstandene Öffnung wurde größer gemacht und bis in die Cervix verlängert. Es sollte nun der spontane Durchtritt des Kindes durch die gesetzte Öffnung abgewartet werden. — Im Jahre 1821 machte er diese Operation an einer Lebenden. Das Resultat war nicht ermutigend. Infolge einer Blutung wurde er nicht Herr der Situation. Er beendigte die Operation durch den gewöhnlichen Kaiserschnitt, um das Kind zu retten.

Physick machte 1822 einen anderen Vorschlag um das Peritoneum zu schützen. Bei mäßig gefüllter Blase sollte ein horizontaler Schnitt durch die Bauchdecken gerade über der Symphyse gemacht werden, alsdann das Peritoneum vom Blasengrunde abgezogen werden, um sich so einen Weg zur

Vagina und Uterus zu bahnen. War dies geschehen, so wurde die Cervix ebenfalls quer eingeschnitten, und durch die so entstandene Öffnung sollte die Extraktion des Kindes erfolgen.

Baudelocque, der Neffe, hatte folgendes Verfahren (1824): Inzision der Bauchdecken und Vagina oberhalb des Beckeneinganges — Extraktion des Fötus durch die Scheide — ohne den Uterus einzuschneiden. Hierzu 2 Wege: 1. Ablösung des Peritoneums der Fossa iliaca und des der seitlichen Partien der Scheide, dann Zurückschieben nach oben. 2. Eröffnung des Peritoneums, Einschneiden der Vagina in ihrem oberen Teil und Entwickelung des Kindes durch diese Inzisionsöffnung. Baudelocque machte zwei mißlungene Versuche, die ihn zur Veröffentlichung einer Schmähschrift auf seine Methode veranlaßt haben.

Von Testa ist Baudelocque's Methode dahin modifiziert worden, daß außer dem von Baudelocque vorgeschlagenen Bauchdeckenschnitt noch der in der Linea alba gemacht wurde, um mehr Raum zu gewinnen und so eine Verletzung der Blase und des Harnleiters zu verhindern. Nach dieser Methode ist einmal operiert worden, jedoch mit Mißerfolg, da statt der Scheide die Blase aus Verwechselung eingeschnitten wurde.

Im Jahre 1870 empfahl Theodor Gaillard Thomas aus New-York die „Gastroelytrotomie“ als Ersatz für den Kaiserschnitt. Ebenso wie Ritgen machte er den Schnitt von der Spina pubis bis zur Spina iliaca ant. sup. Nach Durchtrennung der Muskeln wurde das Peritoneum nach oben abgeschoben, bis die Verbindung der Vagina mit dem Uterus frei vor Augen lag. Hierauf wurde eine Sonde von der Vagina aus in die Wunde emporgedrängt und es wurde auf sie eingeschnitten; die entstandene Öffnung wurde nun stumpf erweitert. Alsdann wurde der Fundus uteri stark nach links gedrängt, die Cervix in die rechte Fossa iliaca gezogen und das Kind entwickelt. Nach dieser Methode ist bis 1880 achtmal operiert worden, und zwar in Amerika von Thomas zweimal, von Skene dreimal und von Gilette einmal, in Europa (England) von Hime und Edis je einmal. Von 8 Müttern blieben 4 am Leben.

Nach Einschaltung dieser Vorgeschichte des extraperitonealen Kaiserschnitts sollen nun Franks und Sellheims Methoden geschildert werden.

Frank inzidiert die Bauchdecken quer über der Schoßfuge bis auf das Peritoneum, mit der Vorsicht, daß die Muskeln nicht von ihrer Ansatzstelle getrennt werden, sondern daß Stümpfe stehen bleiben, um die Muskeln-Fasciennaht später exakt ausführen zu können. Nach Eröffnung des Peritonealsackes wird die Umschlagsfalte des Peritoneums von der Unterlage und dem Uterus in seinen unteren Partien abgehoben und die Uteruswand in ihrem unteren Uterinsegment extraperitoneal quer eingeschnitten, nachdem der Peritonealsack wieder definitiv geschlossen worden war. — Die Frucht soll sich möglichst spontan aus der Öffnung entwickeln.

Durch dieses Operationsverfahren meint Frank folgende Vorteile zu erreichen: „1) der Frau wird Blut erhalten; 2) die Peritonitis wird vermieden; 3) der Indikationsstellung in bezug auf Zeit der Operation wird weiterer Spielraum gelassen."

Er gibt zu, daß man daran denken könnte, das Peritoneum überhaupt nicht anzuschneiden, sondern nach dem Haut-Muskelschnitt das durch die Schwangerschaft gelockerte Peritoneum seitlich der Blase entweder von links oder von rechts zurückzupräparieren und die Übergangsfalte so zwischen Blase und Uterus stumpf zu lösen, daß es den Blasengrund und das untere Uterinsegment wie ein Dach überspannt. Unter diesem Peritonealdach müßte dann der Uterus quer inzidiert werden und der Kopf zwischen Uterus und Blase nach der Seite hin durchtreten. Er hat einmal versucht so zu operieren, aber er rät nicht, diesen Weg einzuschlagen, weil er durch stumpfes Vorgehen Einrisse im Peritoneum befürchtet oder weil dasselbe teilweise nekrotisch werden könnte.

Franks Ziel war es von Anfang an, extraperitoneal zu operieren, da ihm aber dies nicht gelungen war, so operierte er transperitoneal.

Sellheim ist es zuerst gelungen, so zu operieren, daß das Peritoneum gar nicht eröffnet werden brauchte. Sein ursprüngliches Verfahren ist folgendes: Er macht über dem oberen Schoßfugenrand einen etwa 15—20 cm langen, nach oben leicht konkaven Querschnitt durch Haut, Unterhautzellgewebe und Fascie und bildet dann einen oberen und einen unteren bis zur Symphyse gut abgelösten Hautfascienlappen. Ist dies geschehen, so spaltet er die Recti in einer Ausdehnung von etwa 20 cm und löst das Peritoneum und subperitoneale

Bindegewebe von den unteren Rectusflächen. Zur Orientierung über die Grenze der Blase wird dieselbe mäßig gefüllt, worauf das Peritoneum von ihr abgelöst wird und zwar seitlich stumpf, in der Mitte mit der Schere bis auf die Cervix uteri. Nun wird die Blase so viel wie nötig heruntergeschoben; die festeren Verbindungen in der Mitte werden durchschnitten; der Bauchfellumschlag wird nach oben bis zum Uteruskörper hin abgeschoben; die jetzt vorliegende Cervixwand wird in der Mitte längs eingeschnitten. Durch die so entstandene Öffnung wird nun der vom Beckeneingang abgelenkte vorliegende Kindsteil herausgedrückt und das Kind entwickelt. Es folgt Ergotininjektion. Es wird jetzt abgewartet, bis sich der Uterus stärker kontrahiert hat, worauf die Placenta manuell gelöst und der Uterus eventuell tamponiert wird, die Gazestreifen werden nach der Vagina herausgeleitet. — Es folgt Schluß der Uteruswunde mit Catgutknopfnähten, die durch eine fortlaufende Catgutnaht der angrenzenden Uteruspartien überwallt wird. Jetzt wird die Blase mit ihrem oberen Zipfel in der Nähe der Bauchfellumschlagsstelle angeheftet und die Zellgewebswunde durch einige quere Catgutknopfnähte verkleinert. Es folgt Vernähung der Rectusspalte und Naht der Fascie. Die Haut wird durch Michel'schen Klammerverband geschlossen.

Nach dieser kurzen Skizze der Geschichte des Kaiserschnittes lasse ich aus der Zeit vom 25. Februar 1907 bis 1. April 1910 48 Krankengeschichten von Kaiserschnitten folgen, die mir zur Bearbeitung gütigst von Herrn Geheimrat Küstner überlassen worden sind.

1. K. F., 27 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 19. Als Kind Rhachitis. Patientin hat erst mit 3 Jahren laufen gelernt; hat Masern und Bleichsucht gehabt. Erste Menstruation mit 17 Jahren, alle 6—8 Wochen. Letzte Menstruation 15. Mai 1906. Geburtstermin 22. Februar 1907, Wehenbeginn 24. Februar, 11 Uhr abends; angeblich außerhalb der Klinik keine Untersuchung. Maße: Sp. 26, Cr. 28, Conj. ext. 17, Diag. 9,5.

Nachdem seit 11 Uhr nachts Wehen bestanden haben, wird, wie mit der Kreißenden schon vorher verabredet war, bei noch stehender Blase, früh um ½9 die Sectio caesarea gemacht. Inzision in der Linea alba, handbreit oberhalb des Nabels beginnend, denselben links umgreifend und handbreit unterhalb des Nabels endigend. Uterus ungefähr symmetrisch im Bauche gelagert. Distanz zwischen dem Ansatze der Lig. rotunda, beziehungsweise Abgang der Adnexe recht groß, sodaß die Diagnose auf Placentarinsertion an der vorderen Uteruswand gestellt

wird. Inzision an der vorderen Uteruswand in situ, wobei es lebhaft blutet und sich die Diagnose der Placentarinsertion an der Vorderwand bestätigt. Ablösen der Placenta. Nach links hin, wo die Füße liegen (II. Schädellage) gelangt man zu den Eihäuten. Sprengung der Blase, wobei sich eine reichliche Menge ganz klaren Fruchtwassers entleert. Extraktion des 3200 g schweren weiblichen Kindes am linken Fuße. Dasselbe hat guten Muskeltonus, guten Herzschlag, sieht nicht blau aus und beginnt bald zu schreien. Da der Uterus schlaff bleibt und es stark blutet, wobei es auffällt, daß eine große Menge großer Venen in der Schnittlinie eröffnet liegen, wird die nur noch wenig festhaftende Placenta manuell gelöst und entfernt; sie ist vollständig, die Eihäute sind zerfetzt, anscheinend ebenfalls vollständig. Nach Injektion von 3 Spritzen Cornutin beginnt sich der Uterus gut zu kontrahieren und es wird, ohne daß ein Gefäß unterbunden wird, dreischichtig die Uteruswand versorgt. Bei der folgenden Bauchtoilette erweist sich, daß nur wenige ccm Blut rechts und links ins Abdomen hineingeflossen sind. Leberwärts ist kein Blut geflossen. Das vor Beginn der Inzision daselbst placierte Tuch hatte das Blut aufgefangen. — Gute Kontraktion des Uterus. Schluß in der üblichen Weise.

Bald post operat. ist der Puls sehr frequent und klein, keine Blutung — 2 Spritzen Campher.

Während der ersten 6 Tage erreicht die Abendtemperatur 38°. Am 14. Tage Fäden gezogen — Heilung per primam. Am 23. Tage wiederum Temperaturanstieg auf 38°; Patientin fiebert 12 Tage lang. Es bildet sich eine Thrombose beider Schenkelvenen aus. Hochlagerung der Beine und feuchter Verband. Vom 1. April ab fieberfrei: Entlassungsbefund am 15. April: Uterus noch etwas vergrößert, anteflektiert; Muttermund geschlossen, Adnexe o. B. Beine ohne Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Bauchnarbe einwandsfrei.

2. M. P., 31 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 126. Patientin hat als Kind Masern gehabt. Familienanamnese o. B. Erste Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig, Patientin hat 3 Partus durchgemacht. I. Geburt spontan, Kind bald gestorben. II. Künstliche Frühgeburt in hiesiger Klinik, Kind lebte einen Tag. III. Sectio caesarea in hiesiger Klinik am 17. September 1904 (cf. Banasz). Maße: Sp. 26, Cr. 29, Ext. 16½, Diag. 9.

Am 13. Mai abends wird Gravida mit Wehen in die Klinik eingeliefert. Am 14. morgens Sectio caesarea. Schnitt in die alte Bauch- und Uterusnarbe. Placenta hinten und an der rechten Tubenecke. Kind groß, etwas blau, schreit alsbald mit kräftiger Stimme. Uterus gut kontrahiert. Lösung der Placenta fast in toto spontan resp. durch Uteruskontraktionen. Aus der rechten Tubenecke wird sie manuell gelöst. Der obere Schnittwinkel des Uterus blutet während und nach der Operation stark und zwar deshalb, weil er nahe dem Tubenwinkel gelegen ist. Man hätte sich besser nicht an die alte Narbe gehalten, weil dieselbe schief verläuft. Zu bemerken ist, daß nirgends Adhäsionen vorhanden sind, ein Beweis dafür, daß bei der letzten Operation tadellose Asepsis gewahrt wurde. Die höchste Temperatur war damals im Wochenbett 38° und zwar im Laufe der ersten 24 Stunden. Uterus im wesentlichen in 2 Schichten genäht. Absolute Blutsicherheit. Schluß.

Während der ersten 6 Tage post operat. erreicht die Abendtemperatur 38°. Darauf vollständig fieberfrei. Am 14. Tage werden Fäden gezogen. Heilung per primam. Entlassungsbefund am 1. Juni: Lineare Bauchnarbe,

Muttermund für einen Finger noch durchgängig. Fundus uteri noch 3 –4 Querfinger über der Symphyse, scheinbar an den Bauchdecken adhärent.

3. K. K., 31 J. Jahrgang 1907/08. Journal-Nr. 134. Patientin ist seit 6 Jahren verheiratet. 1 Partus — Forceps — Totgeburt am 5. Oktober 1901. Wochenbettfieber. Patientin ist vor 4 Jahren in hiesiger Klinik an einer Blasenfistel operiert, die sich im Anschluß an die Entbindung einstellte. Sie kommt hierher, um ihre Entbindung hier abzuwarten. Letzte Regel 13./14. August 1906. Sie klagte über Beschwerden beim Wasserlassen — sie mußte etwa alle 2—3 Stunden Wasser lassen, dabei dauerte es immer eine Weile, ehe das Wasser abzugehen begann.

Beckenmaße: Spin. il. 25, Crist. 26,5, Diag. $9^1/_4$.

12. Mai. Abends Einsetzen von schwachen Wehen, welche subjekt. und objekt. festgestellt werden konnten. — Morphium — nachlassen der Wehen, 13. Mai, morgens 8 Uhr, Kopf ganz hoch über dem Beckeneingang. Innere Untersuchung mit Handschuh: Äußerer Muttermund für 1 Finger durchgängig, Cervix besteht noch in einer gewissen Länge. — Schnitt in der üblichen Weise, mehr unterhalb, weniger oberhalb des Nabels. Schnitt in den Uterus in situ. Es blutet stark, Blut dunkel. Placenta vorn und rechts, sodaß dieselbe beim Aufsuchen der Füße vollständig abgelöst wird. Kind am vorderen Fuße extrahiert, sieht blaß aus, wird sofort abgenabelt, es schreit kurz darauf mit lauter Stimme. Apnoe nicht ausgeschlossen. Die ganz gelöste Placenta wird mit den Eihäuten herausbefördert. Eihäute besonders im Bereich des unteren Segmentes ziemlich fest adhärent, — erscheinen nicht vollständig. Nach Ablösung der Eihäute Abtastung der Cervix, diese für den Finger durchgängig. Toilette der Bauchhöhle. Das eingelegte Tuch ist stark durchblutet. Das Becken ist sehr eng, wird nicht gemessen. An der hinteren Cervixwand eigentümliche peritoneale Defekte, von denen der eine an der rechten Kante, einer in der Mitte gelegen ist. Beide verlaufen longitudinal, sind 3—4 cm lang. Es macht den Eindruck, als ob hier die Cervix zerdehnt wäre. Die linke ähnliche Stelle blutet ein kleinwenig. — Der Uterus wird in 3 Schichten fortlaufend mit Catgut genäht. Gute Kontraktion des Uterus. Schluß des Bauches in der üblichen Weise. — Während des Wochenbetts nur am 1. Tage 38,8° und am 8. Tage 38,5°. Am 14. Tage Fäden gezogen; Heilung per primam. Am 6. Juni beschwerdefrei entlassen.

4. P. B., 30 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 157. Patientin hat Masern und Rhachitis gehabt. Mit 6 Jahren laufen gelernt. Familienanamnese o. B. Erste Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig. Patientin hat 5 Partus durchgemacht. 1900 spontan — Kind tot; 1901 dasselbe; 6. Juni 1902 Perforation (Kranioklast). 4. Juni 1903 Haken — Perforation des nachfolgenden Kopfes. 12. Juli 1904 Sectio cesarea in hiesiger Klinik (cf. Banasz). Außerdem 1 Abort 1897 im 5. Monat.

Maße: Spin. $22^1/_2$ cm., Crist. 23 cm, Conj. ext. 14, Diag. $8^3/_4$—9, Vera $6^3/_4$ cm. Kleine, kräftige Frau, rhachitischer Knochenbau. Kreißende kommt abends um 7 Uhr mit sehr heftigen seit 2 Uhr bestehenden Wehen zur Klinik. Uterus so dauernd kontrahiert und Abdomen so schmerzhaft, daß irgend welche Kindsteile nicht durchzufühlen sind, noch Herztöne gehört werden können. Fruchtwasser soll noch nicht abgeflossen sein. Nachdem

die Kreißende innerhalb von 20 Minuten 2 Spritzen Morph. erhalten hat, wird es möglich den Leib oberflächlich zu betasten, wobei gefühlt wird, daß der Kopf über der rechten Beckenschaufel und der Steiß links im Fundus liegt. Diagnose: II. dorso-anter. Querlage. Herztöne dumpf über dem Nabel zu hören. Das Kind ist klein; die Betastung äußerst schmerzhaft. Über den Leib zieht eine auffallende von rechts oben nach links unten verlaufende Delle schräg über den Nabel hin. Sectio caesarea. Inzision in der Linea alba in der alten Narbe in üblicher Weise. Es zeigt sich, daß mit Ausnahme einer kleinen Netzadhäsion der Uterus frei von Adhäsionen ist. Inzision des Uterus in der alten Narbe, wobei sich erweist, daß im unteren Bereich, d. h. im oberen Cervixabschnitt die Cervixschale bereits papierdünn ist, sodaß man umgehend in die Fruchthöhle gelangt. Bei der Inzision der Narbe im Fundus zeigt sich, daß dieselbe wohl dick ist, jedoch nur die äußeren Schichten der Uteruswand eine solide Masse bilden, während die inneren Schichten bereits pfeilerartig auseinander gewichen sind, sodaß man an manchen Stellen direkt mit der Hand zwischen den äußeren und inneren Schichten der Wandungen eindringt und von den inneren Schichten nur noch brückenartige Spangen vorfindet. Eine derartige Spange durchsetzt den Uterusfundus schräg derartig, daß er in 2 Nischen geteilt ist, welche somit eine Bicornität vortäuschen. Beim Kaiserschnitt vor 3 Jahren hat etwas ähnliches nicht bestanden. — Extraktion des Kindes am Fuß; dasselbe ist sehr klein ziemlich asphyktisch, zeigt stark ausgeprägte Deflexionshaltung des Schädels mit langem Hinterhaupt. Gewicht 1550 g. Die Placenta teilweise durchschnitten, löst sich rasch, ist vollständig. Darauf Naht in 3 Schichten und Exzision der Tuben besonders mit Rücksicht auf die drohende Uterusruptur, die sich jetzt bereits nach kurzem Kreißen vorbereitet hatte, obwohl eine Eröffnung des Muttermundes kaum vorhanden war. — Muttermund fünfmarkstückgroß. Exzision in üblicher Weise. Toilette der Bauchhöhle, wobei sich erweist, daß das Promontorium so weit vorspringt, daß es nur gelingt rechts oder links neben ihm mit den Tupfern in den Douglas zu gelangen. Nunmehr Blutsicherheit des Uterusschnittes und der Tubenstümpfe versorgenden Nähte. Schluß in üblicher Weise, Uterus gut kontrahiert.

Das Kind hat kräftigen regelmäßigen Herzschlag — ca. 120—130 in der Minute. Hautfarbe rosa — vollkommene Apnoe; doch es tritt an deren Stelle nach einiger Zeit keine normale Atmung, sondern, ohne daß dieselbe spontan eingesetzt hätte, zeigt die beginnende Blaufärbung der Haut, daß bereits Asphyxie besteht. Aspiration mit Katheter des Schleimes aus dem Pharynx, Applikation diverser Hautreize, worauf einige Atemzüge getan werden, ohne daß jedoch die Atmung richtig in Gang kommt. Erst nachdem einige Minuten Schulze'sche Schwingungen gemacht wurden, setzt eine regelmäßige, wenn auch oberflächliche Atmung ein. Doch sobald das Kind sich selbst überlassen wird, wird die Atmung immer oberflächlicher und schließlich setzt sie wieder aus. Gegen 11 Uhr Exitus letalis. Obduktionsbefund. Gewicht 1540 g, unreife Frucht; Lungen enthalten nur wenig Luft, die Randpartien der Unterlappen gehen in Wasser unter; die ganze Lungenentfaltung ist sehr unbedeutend. Geringe Pleurablutungen und im Epicard. Einige Blutansammlung an der Basis des Gehirns — subpial, sonst o. B.

Wochenbett: Am 2. Tage post operat. 39.4°, am 3. 38,8°; vom 4. bis zum 11. Tage schwankt die Temperatur zwischen 37° und 38° — darauf fieberfrei. Am 14. Tage Fäden gezogen; aus einigen Stichkanälen der unteren Hälfte der Operationswunde entleert sich etwas serös — eitrige Flüssigkeit — sonst gute Heilung.

Entlassung am 20. Tage post operat. — Befund: Gut verheilte Narbe. Uterus etwa faustgroß, anteflektiert. Muttermund für Fingerkuppe zugängig. Mäßig starker Ausfluß.

5. M. L. 34. J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 213. Patientin negiert Rhachitis. Erste Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig. 3 Partus. 1903: Perforation 1904: Fußlage, totes Kind. 1905: Sectio caesarea in hiesiger Klinik (cf. Banasz.) L. R. Anf. Sept. 06. Beckenmaße: Cr. 25, Sp. 26, Ext. 17, Diag. 9, Vera $6^3/_4$.

13. Juni 1907. 7 h. vorm. vaginale Untersuchung: Muttermund fünfmarkstückgroß, feinrandig, Blase steht, Kopf hoch über dem Becken, hat sich noch nicht mit dem Becken engagiert. Das Becken recht eng, wie bereits frühere Messung ergeben hat; deshalb erscheint Sectio caesarea das Zweckmäßigste und Richtigste auch schon deshalb, weil dadurch die alte Uterusnarbe geschont wird, andererseits die Hebosteotomie sich bewegen würde an der untersten Grenze der Möglichkeit und Zulässigkeit. — Schnitt in der alten Narbe; zwischen Uterus, vorderer Bauchwand und dem Blasengrund besteht eine zarte, schleierartige Adhäsion, welche stehen gelassen wird. Schnitt im Uterus trifft die Placenta in ganzer Ausdehnung. Beim Eingehen zwischen den Füßen wird fast die ganze Placenta getrennt. Kind asphyktisch; wiederbelebt. Lösung der Placenta garnicht leicht, es handelt sich um Placenta acreta, doch geschieht Lösung vollständig, scharfer Löffel ist garnicht notwendig. Dreischichtige Uterusnaht. — Rekonvaleszenz glatt. An den zwei ersten Tagen geringer Temperaturanstieg bis 38°; sonst stets normale Temperatur- und Pulsbeschaffenheit. Am 14. Tage post operat. werden die Fäden gezogen, die Wunde ist per primam geheilt. Entlassungsbefund am 3. Juli: Scheidenschleimhaut glatt. Uterus entsprechend der Puerperiumszeit gut zurückgebildet, anteflektiert. Parametrium und Adnexe o. B. Lochialsekret leicht bräunlich tingiert. Keine Klagen.

6. M. B. 24. J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 214. Vater und eine Schwester starben an Lungenkrankheit. Patientin hatte Rhachitis, lernte erst mit 5 Jahren laufen. Erste Menstruation im 17. Lebensjahr — regelmäßig; letzte Menstruation am 26. August 1906. Maße: Spin. 23, Crist. 24,5, Ext. 15, Diag. $9^3/_4$.

13. Juni 1907. 7 h. vorm. Kopf hoch über dem Beckeneingang Cervix sehr gedehnt. Dehnungsring zieht von links unten nach rechts oben bis zur Höhe des Nabels. In der Cervix sicher der große Kopf. Vaginale Untersuchung ergibt: Kopf hoch über dem Beckeneingang; keine Spur von Anpassung an letzteren; etwas Hinterscheitelbeineinstellung. Blase scheint gesprungen. Jedenfalls fühlt sich die Haut des vorderen Kopfsegments gefaltet an. Herztöne gut. II. Schädellage.

Mit Rücksicht auf die elenden Skelettverhältnisse erscheint der Kaiserschnitt indizierter als die Hebosteotomie. Schnitt des Uterus über die

Vorderfläche über den Fundus hinweg. Keine Blutung. Kind schreit sofort. Die Placenta beugt sich nach dem Schultze'schen Modus unmittelbar nach der Elimination des Kindes in das Uteruscavum hinein. Es werden einige tiefe Catgutnähte gelegt, um event. die spontane Placentarlösung abzuwarten. Da nach 5 Minuten noch kein Beginn, übliche manuelle Lösung. Placenta und Eihäute vollständig. Uterusnaht in 3 Schichten.

Rekonvaleszenz nur gestört durch geringe Temperaturerhöhung bis zum 9. Tage. Der Puls war der Höhe der Temperatur entsprechend beschleunigt Öfters klagen über Kopfschmerzen, die durch Pyramidon leicht beschwichtigt werden. Die Fäden werden gezogen am 14. Tage post operat. und die Wunde erweist sich per primam geheilt.

Entlassungsbefund am 3. Juli. Abdomen sehr schlaff, vorn herabhängend. Wunde überall gut vernarbt. Der Uterus ist gut zurückgebildet und anteflektiert, ist ziemlich hochstehend und der Fundus fällt gleichsam in den Hängebauch hinein. Blase leer. Lochialsekret leicht blutig tingiert. Entlassung mit Leibbinde.

7. A. K., 32 J. Jahrgang 1907/08. Journal Nr. 265. Die Frau hat bereits 4 Geburten durchgemacht, sämtliche Kinder tot geboren, teilweise zerstückelt worden. Sie kommt in die Klinik, um durch den Kaiserschnitt ein lebendes Kind zu erhalten. — Nachdem nachtsüber Wehen bestanden haben, wird am 29. Juni 1907 um 4^{35} morgens die Sectio caesarea ausgeführt. Nach der Inzision erweist sich, daß der Uterus vollständig auf die rechte Seite gestellt ist, sodaß der Schnitt in der Linea alba auf den Abgang der linken Adnexe zu liegen kommt. Uterus wird annähernd symmetrisch gestellt und inzidiert. Es zeigt sich eine sehr gut entwickelte, dicke Muskelschicht. Placenta an der Hinterwand. Extraktion des in II. leicht abgewichenen Schädellage liegenden, 2700 gr schweren, leicht asphyktischen Knaben, der bald wiederbelebt wird. Darauf wird abgewartet, bis sich die Placenta löst. Inzwischen schon einige Nähte. Entfernung der Placenta, welche ebenso wie die Eihäute vollständig ist. Naht des Uterus in 4 Schichten, von denen die tiefsten Knopfnähte, die übrigen fortlaufende Catgutnähte sind. Toilette der Bauchhöhle, wobei sich erweist, daß kaum etwas hineingelaufen ist. Dauer der Operation mit Naht 35 Minuten.

Rekonvaleszenz während der ersten 11 Tage gestört durch geringe Temperaturerhöhungen (bis $38{,}2^{0}$). Am 11. Tage post operat. werden die Fäden gezogen. Wunde per primam geheilt. Entlassungsbefund am 20. Juli 1907. Narbe o. B. Muttermund geschlossen. Uterus gut involviert. Parametrium und Adnexe frei. Sekret leicht bräunlich verfärbt. Keine Klagen.

8. M. A., 33 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 277. Patientin negiert Rhachitis — gibt aber an, daß eine Schwester Rhachitis gehabt habe. Außer Masern keine andere Krankheiten gehabt. Erste Menstruation mit 16 Jahren — dann einige Male regelmäßig — worauf völliges Ausbleiben derselben 2 Jahre lang — seitdem immer regelmäßig. Vor 5 Jahren wurde bei der Patientin, nachdem sie 3 Tage lang zu Hause gekreißt hatte, hier in der Klinik die Perforation des Kindes vorgenommen. Jetzt letzte Periode 23. September 1906. Mitte Januar 1907 erste Kindsbewegungen. Patientin

kommt nun am 12. Juni 1907 in die Klinik, um durch den Kaiserschnitt entbunden zu werden.

Beckenmaße: Sp. 25,5, Cr. 28,5, Conj. diag. $8^3/_4$—9. Die Wehen beginnen am 2. Juli 1907, um $11^1/_2$ Uhr nachts; um dieselben abzuschwächen und dadurch einen Blasensprung zu verhüten, erhält Patientin 1 Spritze Morphium. Am 3. Juli, um 7 Uhr morgens Sectio caesarea. Die Ligamenta rotunda konvergieren nach oben; Placenta an der hinteren Wand. Sehr großes Kind, liegt in II. Schädellage. Cervix bedeutend gedehnt, wenn sich auch kein Kontraktionsring absetzt. Auf dem Uterus eine Anzahl bis haselnußgroßer, flacher, subseröser Myome. — Das Kind schreit sehr bald nach der Extraktion mit kräftiger Stimme, ist also sicher nicht apnoisch, aber auch nicht asphyktisch. Uterus kontrahiert sich nach Elimination des Kindes sehr gut, doch löst sich die Placenta nicht — daher manuelle Trennung. Uterusnaht in 4 Schichten. Der Schnitt hat sehr gut die Medianlinie getroffen. Ungeheuer dünne Bauchdecken, sodaß die Fascie an manchen Stellen mit der Peritonealnaht gefaßt wird. Trotzdem wird sie auch hier mit Achternaht genäht. Das Promontorium springt sehr stark vor.

Rekonvaleszenz während der ersten 13 Tage durch Temperaturerhöhungen bis höchstens 39^0 gestört. Am 14. Tage post operat. werden die Fäden gezogen. Wunde per primam geheilt. Von nun an glatter Verlauf. Entlassungsbefund am 27. Juli 1907: Uterus anteflektiert, in Symphysenhöhe, am unteren Winkel der Bauchnarbe adhärent. Narbe o. B. Adnexe o. B.

9. K. L., 28 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 291. Patientin hat Rhachitis gehabt. Erste Menstruation mit 17 Jahren — regelmäßig. Anfang August 1904 Perforation des abgestorbenen Kindes. Anfang Oktober 1906 letzte Menstruation. Anfang Januar 1907 erste Kindsbewegungen. Beckenmaße: Spin. 28, Cr. 29, Conj. ext. 19, Diagn. 10—$9^1/_2$, vera $8^1/_4$—$7^3/_4$. Wehenbeginn 9. Juli, 4 Uhr morgens. Innere Untersuchung um 10^{30} ergibt: Muttermund fünfmarkstückgroß, sehr dehnbar, feinsaumig, Blase prall gefüllt, Kopf nach links abgewichen. Wehen andauernd sehr stark — 1 Spritze Morphium. Um 11^{27} Uhr Sectio caesarea. Vor Beginn der Operation sind die fötalen Herztöne sehr gut. Blase steht. Schnitt in der Linea alba. Einschneiden des Uterus in situ. Placenta sitzt vorn, wird in großer Ausdehnung getroffen, dann weiter mit der Hand abgelöst. Extraktion des Kindes an beiden Füßen. Kind blau asphyktisch, schreit jedoch bald mit lauter Stimme. Nach Elimination des Kindes starke Blutung — manuelle Lösung der Placenta; diese und die Eihäute sind vollständig. 3 Spritzen Cornutin. Naht des Uterus in 3 Schichten. Uterus kontrahiert sich alsbald gut. Es erweist sich, daß der Schnitt etwas extramediär nach links zu liegen gekommen ist. Toilette der Bauchhöhle. Rechts und links ein Blutsee, der ausgetupft wird. Tuch nach oben und unten hat gut abgedeckt. Am Processus vermiformis und Colon ascendens Adhäsionen, an denen nichts gemacht wird. Völlige Blutsicherheit. Schluß in üblicher Weise. Dauer der Operation 33 Minuten. — Rekonvaleszenz gestört durch Temperaturerhöhungen vom 5. bis zum 13. Tage post operationem (bis höchstens 38,5). Am 14. Tage post operationem werden Fäden gezogen. Heilung per primam bis auf die beiden untersten Stichkanäle, aus denen reichlich eitrig-seröse Flüssigkeit exprimiert wird; — feuchter Verband. Ent-

lassungsbefund am 3. August 1907 (25 Tage post op.): glatte Bauchnarbe, aus einem der genannten Stichkanäle noch etwas Sekret, Uterus anteflektiert, noch faustgroß, an dem unteren Rande des Laparotomieschnittes adhärent, Adnexe o. B.

10. J. K., 29 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 389. Patientin hat mit 4 Jahren laufen gelernt, vorher Rhachitis. Erste Menstruation mit 19 Jahren, stets regelmäßig, alle 4 Wochen 3 Tage anhaltend ohne Beschwerden. I. Partus 9. Januar 1905: Perforation bei Infans mort. II. Partus 10. April 1906. Sectio caesarea in hiesiger Klinik (cf. Banasz). Letzte Regel 24. November 1906. Wehenbeginn am 9. September 1907, um 7 Uhr abends. Sectio caesarea am 10. September 8^{40} Uhr früh, nachdem die ganze Nacht hindurch Wehen bestanden haben, deren Intensität durch mehrfache Morphiumgaben reduziert worden ist. Mäßig großes Kind. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, daß die Fasciennarbe allenthalben sehr schön fest und dick ist, daß in der ganzen Ausdehnung des Schnittes das Netz breit adhärent und daß auch der Blasensporn durch Adhäsionen nach oben verlagert ist. Lösung der Adhäsionen teils stumpf, teils mit dem Paquelin. Die alte Narbe sehr schön sichtbar; sie wird auch diesmal zur Uterusinzision benutzt. Bei der Inzision fließt gar kein Blut. Placenta sitzt hinten. Das Kind liegt in wenig Fruchtwasser und hat massenhaft Meconium hineinentleert, es wird typisch extrahiert, ist blau asphyktisch, wird durch Hautreize nach Aspiration von viel Schleim wiederbelebt, ist 2360 g schwer. Naht des Uterus in 3 Schichten nach Lösung der Placenta. Toilette der Bauchhöhle. Nichts von Blut oder Meconium durch das vor der Inzision in die Bauchhöhle placierte Tuch geflossen. Peritonealraum und hinterer Douglas vollständig frei. Nachdem noch ein langer dünner Adhäsionsstrang zwischen Netz und einer Dünndarmschlinge doppelt unterbunden und mit dem Paquelin durchtrennt ist, Schluß des Abdomens in üblicher Weise. Dauer der Operation 45 Minuten.

Rekonvaleszenz vollständig einwandsfrei. Am 14. Tage post. op. Fäden gezogen, Heilung per primam. Entlassungsbefund am 16. Tage post op.: Gut verheilte lineare Bauchnarbe. Uterus faustgroß, anteflektiert, mit der Narbe adhärent; Lochialsekret leicht blutig tingiert. Adnexe o. B.

11. M. L., 38 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 585. Rhachitis — Patientin will erst mit 7 Jahren laufen gelernt haben. Skrophulose; sonst stets gesund. Erste Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig ohne Beschwerden. I. Partus spontan — Totgeburt (maceriert); II. Partus spontan — ebenfalls Totgeburt. III. Partus — Perforation (Gesichtslage). Letzte Regel am 11. Februar 1907. Maße: Spin. 24, Cr. 28,5, Conj. ext. 16,5, diag. 10. Wehenbeginn 19. November 1907 um 1^{30} a. m. Blasensprung 6^{45} a. m. Kind in I. Schädellage; Kopf hoch über dem Beckeneingang; Herztöne 136, an Intensität schwankend. Sectio caesarea um 8^{35} Uhr. Vaginale Untersuchung: Kopf hoch, Muttermund vollständig erweitert, geringe Kopfgeschwulst, meconiumhaltiges Fruchtwasser. Frau bis dahin vaginal nicht untersucht. — Uterus wird in situ eröffnet. Placenta an der vorderen Wand, wird fast in ganzer Ausdehnung abgelöst, sehr starke Blutung. Kind blau und schlaff; wird wiederbelebt. Lösung der Placenta sofort, Uterus kontrahiert sich leidlich — einige Unterbindungen in der Wand. Bei Herausbeförderung der Nachgeburt reißt Chorion ab; es läßt

sich nicht konstatieren, ob der einzeln herausbeförderte Rest wirklich dem ganzen Chorion entspricht. Der Schnitt in dem Uterus liegt auf der linken Seite, deshalb vielleicht auch die Placentarlösung so ausgedehnt. Uterusnaht in drei Schichten. Schluß in üblicher Weise.

Rekonvaleszenz ohne Besonderheiten, nur am 2. Tage post op. Temperatursteigerung auf 38. Am 14. Tage post op. Fäden gezogen, Heilung per primam. Entlassungsbefund am 21. Tage post op.: Laparotomienarbe glatt Uterus fast normal groß, anteflektiert, eleviert. Adnexe o. B.

12. E. H., 25 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 617. Familienanamnese o. B. Patientin hat Rhachitis gehabt, sonst will sie stets gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 14 Jahren regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzte Regel 14. Februar 1907. Maße: Sp. 23,5, Cr. 23,5, Conj. ext. 17, diag. 8,5, vera 7.

Wehenbeginn 6. Dezember, 5 Uhr nachm.

Sectio caesarea um 8 Uhr nachm. Wie verabredet, wird dieselbe ungefähr 2½ Stunden nach Wehenbeginn gemacht. Bei stehender Blase, kaum eröffnetem Muttermunde Inzision in der Linea alba. Nach Eröffnung des Abdomens wird durch die Tastung festgestellt, daß die Placenta vorn sitzt. Darauf Inzision des Uterus, indem der nach rechts gesunkene Fundus etwas nach links herübergestellt wird. Inzision ist sehr blutig, da die Placenta in ihrer ganzen Ausdehnung getroffen wird. Nachdem dieselbe abgelöst und die Blase gesprengt ist, wird das in I. Steißlage liegende Kind am linken Bein extrahiert. Dasselbe ist nicht asphyktisch und beginnt noch vor der Abnabelung zu atmen. Es beginnt ungeheuer stark zu bluten, so daß die schon fast ganz gelöste Placenta manuell gelöst und mit Eihäuten entfernt wird. Die Eihäute reißen ab und müssen stückweise entfernt werden, doch scheinen dieselben vollständig zu sein. Hierauf Naht des Uterus in 3 Schichten. Auf 3 Spritzen Cornutin hat sich der Uterus gut kontrahiert. Die nachfolgende Toilette der Bauchhöhle zeigt, daß das vorher gestopfte Tuch dieselbe blutsicher abgeschlossen hat. Dauer der Operation mit Naht 35 Minuten.

Rekonvaleszenz ohne Störung, nur am 10. Tage Temperatursteigerung auf 38°. Am 14. Tage post op. werden Fäden gezogen, Heilung per primam. Entlassungsbefund am 16. Tage post op.: Glatte Laparotomienarbe. Fundus uteri in Symphysenhöhe. Uterus anteflektiert, Muttermund geschlossen. Adnexe o. B.

13. R. S., 25 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 639. Patientin hat als Kind Rhachitis gehabt, hat mit 4 Jahren laufen gelernt, sonst will sie stets gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig. I. Partus 1902. Perforation des noch lebenden Kindes. Wochenbett fieberfrei. Letzte Regel Ende Februar 1907. Maße: Sp. 23, Cr. 26, Conj. ext. knapp 17, Conj. diag. 9.

Kreißende kommt in die Klinik mit dreimarkstückgroßem Muttermund. Querlage. Kopf rechts, Steiß auf der linken Beckenschaufel. Da die Frau außerhalb nicht untersucht worden ist, wird die Sectio caesarea ausgeführt. Schnitt in der Linea alba. Inzision des Uterus in situ. Extraktion am Bein. Das leicht asphyktische Kind beginnt nach der Abnabelung kräftig zu schreien. Placenta an der hinteren Wand löst sich bald vollständig.

Naht des atonischen stark blutenden Uterus in 3 Schichten. 3 Spritzen Cornutin. Uterus beginnt sich gut zu kontrahieren. Toilette der Bauchhöhle. Promontorium stark vorspringend, sodaß man nur mit Mühe zwischen Uterus und Promontorium in das kleine Becken gelangen kann. Absolute Blutsicherheit. Schluß in der üblichen Weise. Dauer mit Naht 30 Minuten.

Rekonvaleszenz einwandsfrei. Nur am 2. Tage erreicht die Temparatur 38,9, am 3. 38, nachher normal. Am 14. Tage post. operat. werden Fäden gezogen, Heilung per primam. Entlassungsbefund am 21. Tage post op.: Feste, glatte Laparotomienarbe. Portio stark eleviert. Uterus kleinfaustgroß, anteflektiert, anscheinend ventrifixiert. Äußerer Muttermund für Fingerkuppe zugängig. Wenig sanguinolente Lochien.

14. G. M., 25 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 643. Patientin hat Rhachitis gehabt, mit 2 Jahren laufen gelernt. Erste Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig ohne Beschwerden. Letzte Regel 16.—18. III. 1907. Kindsbewegungen seit Juli bemerkt.

Maße: Sp. 25,5, Cr. 26,5, Conj. ext. 16, diag. 8,5, vera $6^3/_4$—7.

Nachdem von 2 Uhr nachts schwache Wehen bestanden haben, wird um 8 Uhr morgens zur Sectio caesarea geschritten. Innere Untersuchung kurz vor der Operation ergibt: Muttermund fünfmarkstückgroß, Blase steht, vorliegender Teil Kopf, beweglich über dem Becken. Äußerlich II. Schädellage.

Schnitt in der Linea alba; Inzision des Uterus in situ, Placenta vorn, Blutung ziemlich stark; Extraktion des leicht asphyktischen Kindes, das bald wiederbelebt wird. Placenta löst sich vollständig. Uterusnaht in 3 Schichten. Schluß in üblicher Weise. Rekonvaleszenz nur gestört durch leichte Temperatursteigerungen vom 2. bis zum 5. Tage nach der Operation (höchste Temp. am 3. Tage 38,2). Am 14. Tage post. op. werden Fäden gezogen — Heilung per primam. Entlassungsbefund am 16. Tage nach der Operation: Glatte, feste Narbe. Uterus anteflektiert, adhärent. Lochien blutig tingiert. Keine Beschwerden.

15. J. P., 25. J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 699. Patientin will stets gesund gewesen sein. Eltern starben an Lungentuberkulose, 5 Geschwister sind gesund. Erste Menstruation mit 13 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. I. Partus vor 3 Jahren, nach langem Kreißen kam das Kind tot zur Welt. Letzte Regel weiß Patientin nicht anzugeben. Sie ist auffallend klein (138 cm), von kräftigem Knochenbau; die Unterschenkel sind nicht unbeträchtlich verkrümmt. Maße: Sp. 21, Cr. 25, Conj. ext. 18, diag. $9^1/_2$ bis 10, vera $8^1/_4$—$8^1/_2$.

Wehenbeginn am 14. Januar 08 nachm.; die Wehen sind ziemlich häufig, aber von geringer Intensität und kurzer Dauer; um 10 Uhr abends 0,01 Morph. subcutan. Nach Mitternacht wird Kreißende sehr unruhig, sie steht vom Kreißbett auf. Die Wehen werden kräftiger, um 5 Uhr morgens Blasensprung. — Nach etwa 36stündigem Kreißen innere Untersuchung: Blase gesprungen, exquisite hintere Scheitelbeineinstellung, Kopf hoch über dem Becken; Kontraktionsring. Patientin wünscht eine erlösende Operation. Es kommt Hebosteotomie und Sectio caesarea in Frage. Letztere wird vorgezogen. Schnitt in der Linea alba, Inzision des Uterus in situ, Placenta an der vorderen Wand, wird völlig abgetrennt, Kind an den Füßen extrahiert, es ist bleich

asphyktisch, wird durch Schulze'sche Schwingungen wiederbelebt; es ist sehr groß, wiegt jedoch nur 3000 g. Schädel der hinteren Scheitelbeineinstellung entsprechend konfiguriert. Placenta löst sich vollständig. Uterusnaht in 3 Schichten. Schluß in üblicher Weise. Am 2. Tage Temp. 39,2. — Patientin fiebert andauernd, da an Lungen außer bronchitischen Geräuschen kein pathologischer Befund weiter nachweisbar ist, entsteht Verdacht auf Bauchdeckenabszeß. Abnahme des Verbandes am 9. Tage nach der Operation. Es entleert sich zwischen 2 Nähten im oberen Drittel der Wunde reichlich dünnflüssiger Eiter. Die Haut der ganzen Laparotomienarbe erweist sich unterminiert. Entfernen einiger Nähte im unteren Wundwinkel; Durchführen eines Glasdrains von der oberen zur unteren Hautwunde. Drainage der beiden Seiten neben dem Glasdrain mit feuchter Jodoformgaze. Feuchter Verband. Täglich Verbandswechsel. Am 27. Januar Schüttelfrost — darauf starker Hustenanfall. Bald darauf beim Nachsehen des Verbandes quillt aus dem Bauchdeckenabszeß Colon transversum hervor. Die Darmschlingen werden vorsichtig mit Borsäurelösung abgewaschen; sie lassen sich relativ leicht reponieren mit einigen sterilen Tüchern. Die reponierten Därme werden durch Tamponade mit 2 Mikulicz-Säcken, die mit Jodoformgaze ausgestopft werden, zurückgepreßt, darüber zwei sterile Tupfer und ein Heftpflasterwickelverband. Da der Puls schlecht ist, Campher. Täglich Verbandwechsel — gegen die Insufizienz des Herzens Digitalisinfus, Digalen und Campher subcutan. Unter Dyspnoe und Cyanose tritt am 31. Januar der Exitus letalis ein.

Sektionsbericht: Magen, Duodenum und ein Teil des Dünndarms stark gebläht. Zwischen Magen und Colon transversum ein abgekapselter Abszeß, ferner eine große intraperitoneale Abszeßhöhle zwischen Blase, Flexura sigmoidea, vorderer Uteruswand, rechter Beckenschaufel und Dünndarmschlingen, die bis zur rechten Niere heraufreicht. Herz: Muskulatur schlaff, sonst o. B. Lungen: links Bronchitis, sonst o. B., rechts im Unterlappen geringe Verdichtung, auf der Hinterseite desselben Abszesse von Haselnußgröße, Bronchitis; an Leber und Milz trübe Schwellung. In der vena cava inf. ein 4 cm langer Thrombus. Vena spermatica dextra fast in ihrer ganzen Länge thrombosiert. Der Uterus ist gut involviert, mit schmierig eitrigen Abszeßmembranen belegt, mitten verläuft in der Längsrichtung der Sectio caesarea-Schnitt, der nirgends verheilt ist.

16. **H. A.,** 36 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 782. Mutter der Patientin starb an Schwindsucht. Patientin selbst litt bis zum 14. Lebensjahr an Enuresis nocturna und Krämpfen. Erste Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzte Regel 20. Mai 07. — Maße: Sp. 24, Cr. 26, Conj. ext. 16, Conj. diag. 10¼, Conj. vera 8¾.

Die Frau kreißt angeblich seit 24 Stunden; Blasensprung vor 3 Tagen. Kopf über dem Becken in Hinterscheitelbeineinstellung. Ein spontaner Eintritt des Kopfes in das Becken ist nicht mehr zu erwarten. In Betracht kommt Hebosteotomie oder cervicaler Kaiserschnitt. Mit Rücksicht auf die straffen Genitalien der 36jährigen I. para erscheint letzteres Verfahren angezeigt. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt knapp 3 Querfinger über der Symphyse, etwa 20 cm lang. Abtrennung der Fascie von den Recti. Trennung der Recti. Die Harnblase ist mit 200 ccm gefüllt. Scheitel deutlich. Ablösen des Peritoneums von

der Unterfläche der Recti. Queres Einschneiden über der Blase und von hieraus wieder Abtrennen des Peritoneums von der oberen Blasenwand und von der vorderen Bauchwand. An einer ganz unbedeutenden Stelle wird dabei das Peritoneum eröffnet. Diese Stelle wird zuerst durch Klemme, später durch Naht bezw. Ligatur versorgt. Nach energischem Abtrennen des Blasenperitoneums von der Cervix, wird diese schließlich frei gelegt und, nachdem die Freilegung ergiebig genug erscheint, longitudinal eingeschnitten. Im Bereich der oberen Schnittpartie kommt man in dicke Uterusmuskulatur, die leicht blutet; nach unten davon äußerst dünne und mürbe Muskulatur, die fast stumpfer Gewalt weicht. Nach Eröffnung des Uterus wird der Kindskopf von der Scheide aus hineingedrängt und zur Uteruswunde herausentwickelt. Blaß asphyktisches Kind wird nach 10 Minuten völlig wiederbelebt. Nachwasser übel riechend. Placenta nach einiger Zeit durch Credé vollständig herausbefördert. Uterusnaht 4—5 Knopfnähte, dann fortlaufend. Einige Nähte, welche die Plica an die Blase befestigen. Fortlaufende Naht der Recti. Integument-Fascienschluß durch Achternaht. Dauer der Operation etwas über 1 Stunde.

Da die Temperatur während der ersten Tage ziemlich hoch ist (bis 39°), wird auf Eiterung geschlossen. Verbandwechsel am 6. Tage nach der Operation. Aus einigen Stichkanälen rechts entleert sich etwas Eiter. Entfernung von 2 Suturen und Öffnen der Wunde auf 5 cm; es entleert sich übelriechender, dünner Eiter mit Gasblasen gemischt. Einführen eines Gummidrains. Von nun an täglich Verbandwechsel. Am 15. Tage nach der Operation ist die Patientin fieberfrei. Weitere Behandlung der Granulationsfläche mittels Salbenverband. Die Temperatur bleibt nun dauernd normal. Das subjektive Befinden der Frau wird von Tag zu Tag besser. 20 Tage nach der Operation ist die Wunde vollständig geschlossen. Entlassungsbefund am 27. Tage nach der Operation: Gut verheilte, feste, circa 1/2 cm breite Narbe; Uterus in normaler Anteversions-Flexionsstellung, gut involviert. Keine Beschwerden.

17. E. H., 28 J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 815. Als Kind Rhachitis, mit 2 Jahren laufen gelernt, sonst stets gesund. Erste Menstruation mit 17 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzte Regel Ende Mai 1907. Maße: Sp. 28, Cr. 28, Conj. ext. 16, diag. 9 1/2, vera 8 1/2, I. para.

Die Frau kreißt seit ungefähr 12 Stunden. Kopf über dem Beckeneingang in guter Stellung. Cervixdehnung bereits bemerkbar; Kind geschädigt; wann Blasensprung erfolgt ist, nicht mit Sicherheit zu eruieren. Sellheim-Operation: Querschnitt, Anfüllung der Blase mit 150 ccm. Nachdem die Blase sich bereits vom Peritoneum in tadelloser Weise abgeschoben hat, passiert links neben dem Urachus ein Einriß, der zunächst klein ist, schließlich aber weiter reißt, sodaß von ihm aus mit dem Finger die Tiefe der vorderen Plica zu tasten ist. Obschon der Spalt zur transperitonealen Operation auffordert, wird es doch nicht gemacht, sondern das Peritoneum wie im Fall 16 von der Plica abgeschoben, der Uterus längs inzidiert und das Kind nicht ohne Mühe am Kopf entwickelt. Es ist asphyktisch, wird aber bald wiederbelebt. Der zufällige Peritonealriß wird dicht fortlaufend genäht, was in diesem Fall von ganz besonderer Bedeutung ist, da während der Placentar-

lösung und auch hinterher sehr viel Blut aus dem Uterus fließt. Die Placenta ist stark mit Meconium verfärbt, ebenso das Fruchtwasser. Fortlaufende Cervixnaht. Cervix ist in den oberen Partien sehr dünn (etwa 5 mm) — fortlaufende und Knopfnähte, wobei besonders Wert darauf gelegt wird, daß die Blase wieder mit der Plica vernäht wird. Fortlaufende Naht der Recti. Drahtachternaht der Fascie und des Integuments. Dauer eine Stunde und einige Minuten.

Die Eröffnung des Peritoneums ereignete sich infolge einer ganz leicht vermeidbaren Handlungsweise, nämlich bei der Trennung des Peritoneums links neben der Blase von der Plica periton. dieser Seite, obschon diese Stelle gut sichtbar war und danach die Trennung mit dem Praepariermesser gelang; sie hätte, wie gesagt, vermieden werden können.

Am ersten Tage nach der Operation erreicht die Temp. 38,4. Abdomen weich, nicht druckempfindlich.

Am zweiten Tage Temp. 40. Abdomen stark aufgetrieben, geringe Peristaltik.

Am dritten Tage Temp. 40,2. Abdomen stark aufgetrieben, Dyspnoe, Sensorium benommen; um 7^{35} abends Exitus letalis.

Sektionsbefund: Peritonitis im vorderen Douglas. Beginnende Abszeßbildung einmal zwischen Fascie und Muskel im Bereich der Fascienablösung, ferner zwischen Muskel und Peritoneum parietale im Bereich der Schnittwunde. Uterusinnenfläche absolut einwandsfrei. Cervixschnitt ist nur noch 3 cm lang und tadellos aseptisch verklebt; er liegt in der Mitte zwischen innerem und äußeren Muttermund. Lungen und Herz o. B.

18. I. T., 22. J. Jahrgang 1907/08. Journ.-Nr. 841. Familienanamnese ohne Belang. Erste Menstruation mit 15 Jahren, alle 3—4 Wochen, mäßig stark. I. Partus 1906 spontan. Kind starb nach 5 Wochen. Kein Fieber im Wochenbett. Letzte Menstruation 8. Juni 1907. Wehenbeginn 11. März 1908. 10 Uhr abends; Blase noch nicht gesprungen. Befund: Kind in erster Schädellage, Herztöne links. Das Kind liegt in einem muskulösen Organ, welches sich deutlich rhythmisch kontrahiert. Das linke Lig. rot. sehr deutlich, an typischer Stelle, nicht so deutlich das rechte. Es handelt sich also sicher um eine uterine Gravidität. Die Vagina ist stark verengt und nach links gedrängt durch eine harte Prominenz, die sich täuschend wie ein Kindskopf anfühlt. Über diesem Tumor, der knochenhart und rundlich ist, zieht die rechte Scheidenwand hinweg. Dieser Tumor gewährte von Hause aus den Eindruck als ob es der Kindskopf wäre. Doch liegt er vollständig extravaginal und verdrängt die Scheide entschieden nach links. Allmählich werden alle die Gedanken, die erwogen worden sind: Extrauteringravidität, Retroflexio uteri gravidi in den letzten Monaten, Mißbildung (Dicephalus) fallen gelassen und zwar auf Grund der Untersuchung, die ergeben hat, daß hoch über dem Beckeneingang links ein äußerer Muttermund zu fühlen ist. Man kommt nur mit Mühe am Tumor vorbei, der ja eigentlich das ganze kleine Becken ausfüllt. Bei genauem Untersuchen weist der äußere Muttermund eine Erweiterung auf, ob vollständig oder unvollständig läßt sich nicht sagen, auch nicht ob die Fruchtblase noch steht.

Absolute Indikation, wegen eines mutmaßlich von der rechten Wand des kleinen Beckens ausgehenden Tumors, zum Kaiserschnitt.

Operation: Klassischer Kaiserschnitt wie gewöhnlich. Placenta in großer Ausdehnung vorn. Kind bleich, asphyktisch, alsbald wiederbelebt. Dreischichtige Uterusnaht, fortlaufend, außerdem einige Knopfnähte. Sehr starke Blutung aus dem Uterus. Ungeheuer tiefer vorderer Douglas, so tief, daß es zweifelhaft erscheint wie man hier das gesamte Peritoneum abtrennen kann. Von oben her betastet läßt sich feststellen, daß der Tumor von der rechten Beckenwand ausgeht, vielleicht von der Pfannengegend. Der Tumor fühlt sich auch von oben her knochenhart an. Vor der Inzision in den Uterus wird das Peritoneum durch fünf Tupfer abgedeckt, so daß das Einfließen von Blut verhindert wurde.

Vom zweiten bis zum achten Tage post operat. mäßige Temperatursteigerung bis höchstens 38,6. Dann vollkommen glatter Verlauf. Am 14. Tage post operat. werden Fäden gezogen. Heilung per primam. Entlassungsbefund am 20. Tage nach der Operation: Laparotomienarbe fest. Genitalbefund wie bei der Aufnahme, der Tumor wölbt die Vagina derartig vor, daß eine genitale Untersuchung unmöglich ist; ebenso unmöglich Untersuchung per Rectum. Im Radiogramm hat der Tumor nur einen kaum sichtbaren Schatten geworfen. Der Tumor wurde später in der chirurgischen Klinik entfernt.

19. A. F., 17 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 9. Patientin will stets gesund gewesen sein. Mutter ist an Unterleibsschwindsucht gestorben. Erste Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig, alle 4 Wochen, 4—5 Tage dauernd, ohne Beschwerden. Letzte Regel Ende Mai und Anfang Juni 1907. Maße: Sp. 25, Cr. 27, Conj. ext. 16, diag. 11, vera $9^1/_2$. Die Kreißende hat seit 24 Stunden Wehen — I. para. Fruchtwasserabfluß vor 4 Stunden. Muttermund nahezu erweitert. Kopf steht über dem Beckeneingang. Sehr bedeutende Cervixdehnung. Retraktionsring fast in Nabelhöhe. Herztöne schwankend. Cervicaler Kaiserschnitt nach Sellheim. Am schwersten ist es, den Blasenscheitel zu finden und diesen gegen das Peritoneum zu trennen. Auch da passiert wieder eine kleine linsengroße Eröffnung des Peritoneum; ferner ist es schwer, in genügender Weise die Cervix vom Peritoneum zu entblößen wegen der gleichmäßigen Verbindung der Blase mit der Peritonealfalte. Das Loch bleibt immer zu klein. Operation fast blutleer; Dauer 1 Stunde. Die Cervix war sehr dünn, besonders linkerseits. Getrennt wurde der Uterus nur im Bereiche der dünnen Muskulatur (Cervix). Die mediane Schnittfläche liegt ein Querfinger unter der Symphyse. Das Kind kam asphyktisch, wurde aber bald wiederbelebt. Placenta durch Credé herausbefördert. Kind lag in I. Lage; Herausbeförderung des Kindes nicht ohne Schwierigkeit. Uterusschnitt nicht weitergerissen.

Am 23. Februar klagt Patientin über starke Schmerzen in der linken Unterbauchgegend; — einmaliges Erbrechen; sie uriniert spontan. Temperatursteigerung während der ganzen ersten Woche (bis höchstens 39,6). Am 13. Tage nach der Operation werden Fäden gezogen — es entleert sich aus allen Stichkanälen Eiter. Die Wundränder sind in ihrer ganzen Ausdehnung geschlossen. Es kommt zur Bildung eines Abszesses — Drainage — feuchter Verband. Der Verband wird täglich gewechselt. Die Patientin fiebert fast andauernd während der ersten 4 Wochen nach der Operation. Allmählich nimmt die Eitersekretion ab. Am 31. März sind beide Abszeßöffnungen ver-

klebt, nirgends Druckempfindlichkeit vorhanden, ziemlich glatte Narbe. Uterus steht in Höhe des Fascienquerschnitts, anteflektiert, gut involviert.

Entlassungsbefund am 8. April. Feste Querschnittsnarbe; Uterus normal groß, anteflektiert, sinistroponiert, sehr beweglich. Muttermund geschlossen. Gegend der linken Adnexe etwas druckempfindlich, keine Resistenz daselbst nachweisbar. Rechte Adnexe o. B.

20. M. G., 27 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 128. Patientin hat Rhachitis gehabt, hat erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Außer Masern will stets gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. I. Partus 1903, Perforation des sterbenden Kindes, II. Partus 1904, Steißgeburt — Kind tot. III. Partus 1906. Siebenmonatliche künstliche Frühgeburt. Februar 1907, Abort im dritten Monat. Maße: Sp. 26, Cr. 26,5. Conj. ext. 15,5, diag. 9, vera 8.

2 Stunden nach Beginn der Wehen wird, wie mit der Frau verabredet war, zur Operation geschritten. Kind in II. Schädellage. Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen. Typische konservative Sectio caesarea: Uterus wird in der Mitte inzidiert. Seine Wandung ist dick und fleischig. In der ganzen Ausdehnung des Schnittes Placenta, die nicht ganz abgelöst wird. Man gelangt rechts zu freien Eihäuten. Extraktion des leicht asphyktischen Kindes an den Beinen. Uterus kontrahiert sich sehr gut, sodaß es kaum noch blutet. Kind — 3080 g schwer — atmet nach einigen Schulze'schen Schwingungen spontan. Placenta gelöst, ebenso die Eihäute, von denen nur der cervicale Teil gelöst zu werden braucht. Dreischichtige Uterusnaht; völlige Blutsicherheit der Wunde. Toilette der Bauchhöhle, wobei es sich erweist, daß das vor der Inzision eingeführte Tuch und die beiden Tupfer gut abgeschlossen haben, sodaß nichts ins Abdomen geflossen ist. Das Kind hat einen linksseitigen Pes varus. Dauer der Operation 30 Minuten.

Wochenbett normal; höchste Temperatur im Wochenbett 37,8. Entlassungsbefund am 21. Tage nach der Operation: Narbe fest, glatt. Uterus gut involviert, anteflektiert. Wenig blutig tingierte Lochien. Keine Beschwerden. Kind gedeiht gut.

21. K. S., 29 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 134. Die Frau will stets gesund gewesen sein. Ein Bruder an Phtisis pulm. gestorben. Erste Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig, stark, ohne Beschwerden. 3 Partus. I. Wendung — Perforation. II. 1903 Perforation. 1904 Abort. III. 2. November 1906. Kaiserschnitt in der hiesigen Klinik. Letzte Regel 9. August 1907.

Kreißende kommt soeben vom Bahnhof, nachdem sie telegraphisch gemeldet hat, daß seit vormittag Wehen bestehen. — Kind in I. Kopflage. Muttermund vollständig erweitert. Kopf hoch über dem Becken. Blase steht. Sectio caesarea: Schnitt in der alten Narbe, jedoch nicht in ganzer Ausdehnung derselben. Zahlreiche Adhäsionen in ganzer Ausdehnung der unteren Hälfte des Uterus zwischen Corpus und Bauchdecken. Vollständiges Abdecken des Peritonealraumes, was unten nicht gelingt wegen Adhäsionen. Einschnitt in den Uterus ohne Dislocation. Placenta nicht getroffen. Die Blase wölbt sich weit vor. Entwicklung des Kindes. Leichte Asphyxie. Mädchen 52 cm lang, 3480 g schwer. Unmittelbar nachher sieht man die Placenta ins Uteruscavum enorm vorgewölbt. Retroplacentares Blut. Es

werden zunächst unter dem oberen Winkel einige tiefe Catgutnähte gelegt, alsdann die Placenta zum größten Teil manuell gelöst. Placenta und Eihäute vollständig. Exzision beider Tuben keilförmig, Verstecken unter das Peritoneum. Peritonealplastik. Vernähen der Uteruswunde in 3 Schichten. Die alte Uterusnarbe wurde getroffen, sehr schön fest und dicht. Peritoneum — Fascien — Bauchachternaht.

Während der ersten 5 Tage nach der Operation Temperatursteigerung bis an 39. Nachher fieberfrei. Am 14. Tage nach der Operation werden Fäden gezogen. Die Wunde ist per primam intentionem geheilt. — Entlassungsbefund am 25. Tage nach der Operation: Uterus gut involviert, jedoch etwas hochstehend, Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, anscheinend an der vorderen Bauchwand adhärent. Portio hochstehend; Adnexe o. B.

22. W. H., 30 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 173. Vater und eine Schwester an Schwindsucht gestorben. Mutter und die übrigen Geschwister sind gesund. Als Kind Rhachitis und Masern; angeblich hat sie erst mit 7 Jahren laufen gelernt. Sonst stets gesund. Erste Menstruation mit 14 Jahren, immer regelmäßig. I. Partus am 6. Februar 07. Kind tot, Nabelschnurvorfall. — Perforation. Letzte Regel 28. August 07. Beckenmaße: Sp. 25,5, Cr. 26,5, Conj. ext. 16, Conj. diag. 8,5, vera $6^3/_4$—7.

Wehenbeginn angeblich 31. Mai vormittags. Innere Untersuchung am 1. Juni um 9 Uhr abends: Muttermund für 2 Finger durchgängig. Cervix 2 cm lang. Blase steht. Nach der äußeren Untersuchung handelt es sich um eine erste Schädellage. Kopf ist abgewichen auf die linke Beckenschaufel. Um $9^1/_2$ Uhr 0,01 g Morph. subcutan, da mit Sectio caesarea bis morgen früh gewartet werden soll. Wehen sistieren. Früh $4^1/_4$ Uhr Injektion einer 2. Spritze Morph., weil einige Wehen von bedeutender Intensität aufgetreten sind. Sectio caesarea am 2. Juni, 8 Uhr morgens:

Schnitt in der Linea alba, handbreit oberhalb des Nabels beginnend, ungefähr ebensoviel unterhalb endigend. Inzision des Uterus in situ. Placenta an der hinteren Wand. Extraktion des leicht asphyktischen Kindes, das bald wiederbelebt wird. Knabe 2750 g schwer, 49 cm lang. Uterus kontrahiert sich gut. Placenta wird teilweise manuell gelöst. Uterusnaht in 3 Schichten. Toilette der Bauchhöhle ergibt, daß nirgends Blut eingeflossen ist. Schluß in üblicher Weise.

Rekonvaleszenz vollständig einwandsfrei: Höchste Temperatur 37,6 abends am Tage der Operation. Nachher völlig normale Temperatur. Am 14. Tage werden Fäden gezogen. Heilung per primam.

Entlassungsbefund am 16. Tage nach der Operation: Narbe fest, glatt. Uterus faustgroß anteflektiert. Lochialsekret leicht blutig tingiert. Adnexe o. B.

23. M. B., 33 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 282. Mutter der Frau an Phtise gestorben. Die Frau hatte als Kind Rhachitis; im Alter von $1^1/_2$ Jahren erlitt sie einen Unfall, durch den sie sich angeblich einen Kreuzbeinbruch zuzog, infolgedessen sie erst mit 8 Jahren das Laufen erlernte. Sonst will sie stets gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 21 Jahren, immer regelmäßig. Letzte Regel am 18. September 1907. Wehenbeginn am 19. Juni 1908 gegen mittag. Am 21. Juni sucht die Frau die Klinik auf.

Beckenmaße: Sp. 27, Cr. 28, Conj. ext. 17, diag. 11.

Blasensprung am 21. Juni 08 um 3 Uhr nachmittags. Die innere Untersuchung ergibt: Muttermund handtellergroß; der Kopf wird mit querverlaufender Pfeilnaht auf dem Beckeneingang fixiert. I. Hinterhauptslage. Das Kind ist groß, es lebt. Die innere Untersuchung am 22. Juni 08 um 7 Uhr vormittags ergibt: Muttermund fast vollständig erweitert. Kopf fest auf dem Beckeneingang. Seine untere Kuppe berührt fast die Beckenenge; jedoch ist in Betracht zu ziehen, daß der größte Teil des vorliegenden Kopfes von der Kopfgeschwulst eingenommen ist. Es besteht entschieden starke Cervixdehnung. Von dem Kinde liegt außer dem Kopfe schon etwas mehr in der Cervix. Da eine spontane Geburt nicht zu erwarten ist, so wird zur Sectio caesarea cervicalis geschritten.

Längsschnitt fast bis zum Nabel. Das Auffüllen der Blase vorher nicht gelungen, gelingt auch während der Operation nicht. Es gelingt, die obere Blasenfalte sichtbar zu machen und von hier aus das Peritoneum nach oben, die Blase nach unten zu schieben. Auch nachdem dies in beträchtlicher Weise geschehen ist, ist das Peritoneum nicht verletzt und es wird zur Inzision in die Cervix geschritten, nachdem die Wand bereits auf das Äußerste verdünnt ist und die Kopfhaare des Kindes durchschimmern. Nachdem die Cervix in ausgiebiger Weise schräg von links unten nach rechts oben aufgetrennt ist, geht man an die Entwickelung des Kopfes, welche nicht durch Druck von unten, sondern erst mit der Zange gelingt. Bei der Entwickelung des Kindes entweicht dem Uterus stinkendes Gas. Fruchtwasser ist nicht mehr vorhanden. Placentarexpression einige Minuten nach Entwickelung des Kindes durch Credé. Kind ist etwas asphyktisch, wird bald zum Schreien gebracht. (Gewicht 2920 g, Länge 53 cm, Kopfumfang 35 cm.) Naht der Cervix durch Catgutknopfnähte. Naht der Bauchwunde durch Drahtnähte, zum Teil Achternaht. Alsdann wird die Tiefe der Wunde mit Gaze gestopft und ein Teil offen gelassen. Nach Beendigung der Operation sieht man, daß die Blase rechts vom Schnitt liegt, und daß ihre Ablösung hauptsächlich in der linken Wand geschehen ist. — Dauerkatheter. Während der ersten 5 Tage nach der Operation Temperatursteigerung bis 38° — 2 mal bis 38,4°. Am 5. Tage Verbandwechsel; es werden einige Nähte entfernt, aus der Wunde entleert sich wenig Sekret. Von nun an täglich Verbandwechsel, die Temperatur wird vom 8. Tage ab nach der Operation normal. Aus der Wunde entleert sich serös eitriges Sekret — Drainage mit Glasdrain. Am 14. Tage post op. werden Fäden gezogen; der genähte Teil per primam geheilt. Glasdrain wird entfernt und durch Jodoformgaze ersetzt. Die Sekretion wird immer geringer, langsame Heilung; die Temperatur bleibt dauernd normal.

Entlassungsbefund am 36. Tage post operat.: Gut geheilte Laparotomienarbe bis auf einen im unteren Drittel, für Sonde II auf 6 cm nach links seitlich, unten durchgängigen Fistelgang. Uterus gut zurückgebildet, sinistroponiert, anteflektiert, beweglich. Muttermund geschlossen. Nirgends eine abnorme Resistenz oder Druckempfindlichkeit.

24. B. T., 30. J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 374. Der Vater der Frau ist an Kehlkopftuberkulose gestorben. Sie selbst will stets gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig, 5—6 Tage

dauernd, ohne Beschwerden. 6 Spontangeburten. Letzter Partus vor 4 Jahren. 5 Kinder leben. Wochenbetten o. B. Letzte Regel Ende Januar 1908.

Patientin blutet seit acht Tagen ständig, nachdem die Menses seit Februar sistiert haben. — Von seiten der Genitalien folgender Befund: Alter Dammspalt. Uterus vergrößert — Fundus uteri in Nabelhöhe. Handtellergroßer Carcinomdefekt an Stelle der Portio, hauptsächlich der hinteren Lippe angehörend. Parametrien anscheinend frei. Adnexe nicht getastet. — Kindliche Herztöne rechts in Höhe des Nabels hörbar. Mamma lactans. Hämoglobingehalt 78%. Cystoskopischer Befund am 27. Juni 1908: Blasengefäße in toto etwas stärker injiciert wie bei Gravidität — sonst keine Veränderungen.

Operation am 27. Juli. Der Uterus reicht mit dem Fundus etwa 2 Querfinger über den Nabel. Daraus kann geschlossen werden, daß der Fötus vielleicht 32 cm lang ist, sicher sich an der Grenze bewegt. Infolgedessen muß die Operation im Sinne des Kaiserschnittes gemacht werden und der Uterus vor der Exstirpation entleert werden. Schnitt bis zum Nabel; hierauf gelingt es, den Uterus durch Benutzung seiner Kompressibilität vor die Bauchdecken zu bringen. Vordere und hintere Wand werden betrachtet auf stärkere und schwächere Entwickelung der Gefäße (Olshausen). Es scheint, als ob die Gefäßentwickelung vorn bedeutender wäre wie hinten, — doch ist der Unterschied nicht bedeutend. Einschnitt in die vordere Wand. Placenta wird im Bereiche des oberen Teiles des Schnittes gerade eben getroffen. Entwickelung des Fötus; (er sieht rosa-rot aus, hat Herzschlag und schnappt etwas. Die Herztätigkeit kann höchstens 20 Minuten nach seiner Elimination beobachtet werden.) Dann wird der Uterus schnell fortlaufend vernäht. Exstirpation des Uterus gelingt wegen der leichten Trennbarkeit der Gefäße außerordentlich leicht und bequem. Beide Ureteren sind leicht zu isolieren. Die leichte Trennbarkeit ist bedingt durch die Gravidität. Nichts destoweniger ist es nicht zu verhindern, daß die Blutung nicht unbedeutend ist, weil eben jedes unbedeutende Gefäß leicht reißt und stark blutet. Nach Entwickelung des Uterus findet man rechts und links je eine über taubeneigroße Drüse, hart, anscheinend carcinomatös; beide werden entfernt. Schluß in üblicher Weise. — Krankheitsverlauf sehr langwierig; während der ersten 4 Tage normale Temperatur, nachher Temperatursteigerungen bis 6 Tage vor dem Exitus letalis, der am 1. September erfolgt.

Sektionsbefund: Herz schlaff, Lungen bis auf einen kleinen verkalkten Herd in der rechten Spitze o. B. Peritoneum glatt, spiegelnd; Leber, Milz o. B. Peritonealnaht gut vereinigt bis auf eine für den Finger durchgängige Öffnung im rechten Scheidengewölbe, die in eine Abszeßhöhle führt, die nach dem Abdomen zu durch miteinander verklebte Dünndarmschlingen abgeschlossen ist und mit der Öffnung in der rechten Leistenbeuge kommuniziert. Dieser Abszeß steht wiederum in Verbindung mit der Fistel in der linken Glutealfalte. Blase entleert reichlich Eiter, Schleimhaut stark gerötet. Beiderseits starke Pyelonephritis mit Abszessen in der Nierensubstanz.

25. M. L., 35 J., Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 453. Anamnese cf. Fall 5. Letzte Regel 5. Dezember 1907. Die Frau kommt in die Klinik, um sich zum drittenmal dem Kaiserschnitt zu unterziehen, mit dem Wunsch, die Operation so zu gestalten, daß sie später keine Kinder mehr bekomme.

$3^1/_2$ Stunde nach Wehenbeginn bei stehender Blase ohne vorhergehende Untersuchung wird die Sectio caesarea gemacht. Eröffnung des Abdomens in der Mittellinie handbreit über dem Nabel beginnend, handbreit unter dem Nabel endigend. In den oberen $^2/_3$ des Schnittes, ebenso wie in den oberen Partien des Uterus, ist das spinnwebendünn eingezogene Netz breit adhärent. Der Blasensporn ist ebenfalls durch Adhäsion in die Höhe gezogen. Lösung der Adhäsionen teils stumpf, teils mit dem Paquelin. Die alte Narbe ist etwas eingezogen, im übrigen fest. Auffallend lebhafte Gefäßentwickelung auf der vorderen Uterusfläche (Olshausen). Inzision in der alten Narbe. Wie vermutet, wird in der ganzen Ausdehnung die Placenta getroffen. Dieselbe wird fast völlig abgelöst, der Fruchtsack eröffnet und ein lebensfrisches Kind, das bald schreit, entwickelt. Kind lag in II. Schädellage; der Kopf war auf die rechte Darmbeinschaufel abgewichen. Die teils manuell gelöste Placenta und die Eihäute sind vollständig. Uterusnaht in 3 Schichten; tiefste Schicht Knopfnaht, die übrigen fortlaufend. Gute Kontraktion auf 3 Spritzen Secacornin, hierauf Exzision beider Tuben in üblicher Weise. Peritonealnaht mit retroperitonealer Lagerung der Ligaturstümpfe. Absolute Blutsicherheit. Die Toilette der Bauchhöhle erweist, daß trotz guten Abstopfens etwas Blut in dieselbe gelangt ist, das leicht entfernt wird. Schluß in üblicher Weise.

Rekonvaleszenz einwandsfrei. Höchste Temperatur 37,9 am dritten Tage post op. Vom 5. Tage ab vollständig normale Temperaturen. Am 14. Tage post op. werden Fäden gezogen, Heilung per primam. Entlassungsbefund am 20. Tage nach der Operation: Glatte Laparotomienarbe, vollkommen unempfindlich. Der Uterus steht im ganzen hoch, überragt die Symphyse um 4 Querfinger, ist von derber Konsistenz, beweglich. Adnexe o. B. Muttermund geschlossen; spärlich serös schleimiges Sekret.

26. A. K., 33 J., Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 467. Anamnese cf. Fall 7. Das letzte Kind (Sectio caesarea) lebt. Die Frau ist jetzt zum Kaiserschnitt bestellt. Auf ihren Wunsch soll Sterilisation vorgenommen werden. Sie ließ sich vor 3 Tagen von der Hebamme untersuchen, da sie ziehende Schmerzen hatte. Innere Untersuchung in der Klinik unterbleibt, da deutlich Wehen vorhanden, ca. alle 5—8 Minuten. Äußerlich II. Schädellage; Kopf nach links abgewichen. Herztöne laut und regelmäßig.

Sectio caesarea: Schnitt in der Linea alba; mitten am Nabel alte Uterusnarbe adhärent am Peritoneum parietale. Trennung der als dickes, linkes Ligament imponierenden Adhäsion nach partienweisen Catgutligaturen mit dem Paquelin. Schnitt in der alten Narbe; Placenta hinten. Kind leicht asphyktisch, wird bald wiederbelebt. Placentarlösung; Placenta und Eihäute vollständig. Uterusnaht in 3 Schichten wie üblich. Beiderseitige Tubenexzision; Peritonealplastik und Einzelligaturen der Gefäße. Toilette der Bauchhöhe: die Tupfer haben gut abgestopft; es ist nichts von Blut in die Bauchhöhle gelaufen. Schluß in der üblichen Weise.

Während der ersten 12 Tage leichte Abendtemperatursteigerung (höchst. 38,2). Am 14. Tage post op. werden Fäden gezogen; Heilung per primam. Entlassungsbefund 25 Tage nach der Operation: Strichförmige, absolut unempfindliche Narbe von 13 cm Länge in der Mittellinie. Uterus faustgroß, anteflektiert, mäßig mobil. Adnexstümpfe o. B.

27. M. K., 32 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 595. Patientin negiert Rhachitis, will stets gesund gewesen sein. Erste Menstruation mit 16 Jahren, immer regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzte Regel mitte Januar 1908. Wehenbeginn mit dem 31. Oktober 1908, 7 Uhr abends. Die Blase wird am 1. November 1908, vormittag 7 Uhr, durch die Hebamme gesprengt. In der Nacht vom 1. zum 2. November poliklinisch untersucht und wegen hinterer Scheitelbeineinstellung in die Klinik eingeliefert. — Das Becken ist allgemein verengt. (Maße: Sp. 23, Cr. 26, Conj. ext. 18, diag. 11). Trotz starker Wehen tritt der Kopf nicht ins Becken — deshalb Sectio caesarea cervicalis.

Befund bei Beginn der Operation: Kopf steht im Beckeneingang, hat mit einem kleinen Segment diesen überschritten. Pfeilnaht zurzeit in der Mitte zwischen Promontorium und Symphyse; kaum Kopfgeschwulst. II. Lage, Uterus sehr stark dextrovertiert. Das linke Ligamentum rotundum ist durch die Bauchdecken hindurch zu sehen, stark gespannt.

Operation: Nachmittags 2 Uhr cervicaler Kaiserschnitt. Längsschnitt noch nicht ganz bis zum Nabel. Im oberen Drittel wird die Fascie nicht getrennt; unten bis zur Symphyse. Die Anfüllung der Blase mit 200 ccm genügt nicht, den Blasenfundus sichtbar zu machen; deshalb Nachfüllen von etwa noch 100 ccm. Fundus der Blase wird nun deutlich. Die Blase ist stark nach rechts verschoben. Von der linken Seite aus beginnt die Trennung. Dann wird vorwiegend mit Tupfern, nur wenig mit der Schere erst das Blasenperitoneum, dann das der vorderen Cervicalwand abgeschoben. Es ist wieder von Vorteil, daß von links begonnen wird. Der Urachus wird abgebunden und dann von der rechten Blasenhälfte noch soviel isoliert, als nötig ist. Nachdem genügend Cervix freigelegt ist, wird dieser längs eingeschnitten. Es wird zunächst versucht, die Zange anzulegen. Sie wird aber alsbald wieder abgenommen. Dann wird der Kopf, der in II. Vorderhauptlage steht, manuell in die Wunde gedrängt und nicht ohne Mühe entwickelt. Sehr großer Kopf (38,5 cm Umfang), männliches Kind, Gewicht 3370 g. Das Kind ist schwer asphyktisch, wird nach 3/4 Stunden wiederbelebt. — Atonie; Uterus kontrahiert sich fast garnicht trotz 4 Spritzen Secacornin. Placenta nach 10 Minuten entwickelt, vollständig. Längsnaht des Cervixschnittes durch Knopfnähte und fortlaufend. Darauf Annähung der Blase an die Seite und Verschluß der Höhlenwunde durch verlorene Nähte. Schluß der Gesamtwunde. — Die Operation war vollständig extraperitoneal gelungen, das Peritoneum auch nicht an der kleinsten Stelle verletzt.

Am zweiten Tage nach der Operation klagt Patientin über Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, welche durch eine Parotitis bedingt sind. Während der ersten 14 Tage Temperatursteigerung über 38° — höchste Temperatur 39°. Am zehnten Tage nach der Operation Verbandwechsel: es eitern die Nahtlinien zwischen dem dritten und fünften Stich; Eiter mit Gas gemischt — übelriechend. Entfernung der Nähte in der Umgebung — Injektion von 5 ccm Leukofermentin. Von nun an täglich Verbandwechsel und Drainage. Bis zum 26. Tage nach der Operation immer noch leichte Abendtemperatursteigerungen. Die Sekretion wird täglich geringer. Es hat sich eine Fistel nach der Cervix zu gebildet, sodaß der Eiter zum größten Teil seinen Abfluß durch die Scheide findet. Leukofermentin wurde noch zweimal injiziert.

Wiederholte Lysolscheidenspülungen. Das Allgemeinbefinden bessert sich von Tag zu Tag. 33 Tage nach der Operation verläßt Patientin das Bett.

Entlassungsbefund 45 Tage nach der Operation: Uterus scharf antevertiert — flektiert. Muttermund geschlossen. Uterus vollkommen frei mobil. Die Laparotomienarbe per primam geheilt bis auf eine fingerkuppengroße Stelle, wo frisches Epithel eine Granulationsfläche überzogen hat, hier in der Mitte eine feine Fistelöffnung, aus der sich jedoch in den letzten Tagen nichts mehr entleert hat.

28. M. K., 25 J. Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 787. Die Frau hat Zeichen von Rhachitis: Tibiae nach außen konvex, Andeutung von rhachitischem Rosenkranz. Erste Menstruation mit 13 Jahren. 1903 Abort im dritten Monat. 1904 Embryotomie wegen Eclampsie im neunten Monat, 1905 und 1907 spontaner Partus. — Letzte Regel Ende Mai 1908. Beim letzten Partus — 1907 — ist von der Hebamme im Becken bereits ein etwa faustgroßer Tumor festgestellt worden. — Blasensprung am 16. Januar 1909; Wehen sollen erst drei Tage darauf aufgetreten sein. Am 19. Januar abends steht der vollkommen bewegliche Kopf bei eröffnetem Muttermund über dem Becken. Im Becken rechts, abwärts vom Promontorium ein festaufsitzender prallzystischer Tumor. Die Kreißende wird deshalb aus der Poliklinik eingeliefert.

Am 20. Januar innere Untersuchung ohne Narkose: Das kleine Becken wird eingenommen von einem Tumor, der von rechts her gerade eben bis zur Sagittalebene vorspringt, weich und fluktuierend zu sein scheint und sich anfühlt, als ob er von den Adnexen ausginge. Er ist in keiner Beziehung dislocibel, selbst mit einer Kraft nicht, welche unbesorgt um die Berstungsmöglichkeit den Tumor nach oben zu drängen versucht. — In Narkose dasselbe Bild. Der Kopf steht eben im Beckeneingang, mit einem Segment bereits darin. Er ist sicher nicht groß. I. Schädellage. — Da eine große Wahrscheinlichkeit besteht, daß es sich um einen vielleicht in der Tiefe adhärenten Adnextumor handelt, so soll zunächst die Laparotomie gemacht werden, um zutreffendenfalls die Entfernung des Tumors vorzunehmen und die Geburt per vias naturales zu beenden.

Laparotomie: Schnitt von der Symphyse bis nicht ganz zum Nabel. Es liegt Netz zwischen Uterus und Bauchdecken. Sehr unvorteilhafte Narkose (Brechen, Würgen und Aspiration von Darminhalt). Bei der Betastung vom Abdomen aus ist der Tumor zunächst nicht zu finden, woraus hervorgeht, daß er nicht über die Linea innominata prominiert. Entgegendrücken von der Scheide; dabei wird von der hinter dem Uterus tastenden Hand gefühlt, daß ein kleines Segment des Tumors sich nach oben bewegt. — Tasten nach beiden Adnexen: beide Tuben und Ovarien an normaler Stelle, d. h. hoch im kleinen Becken, und sind normal und frei beweglich. Es handelt sich also nicht um einen Adnextumor, sondern wahrscheinlich um einen zystischen Tumor im Parametrium oder paravaginalem Gewebe irgend welcher Provenienz. Der Tumor ist keineswegs von oben anzugehen und zu exstirpieren. Er muß also zunächst unberührt gelassen und umgangen werden. Deswegen cervicaler Kaiserschnitt transperitoneal. Schnitt bis fast zum Nabel verlängert. Annähen des entsprechenden Uterussegments mit fortlaufender Catgutnaht an das Parietalbauchfell, sodaß ein beträchtliches Oval von der vorderen und unteren

Uteruswand in die Bauchwunde eingenäht ist. Nachher wird inzidiert. Beträchtliche Blutung, weil die Placenta getroffen wird und zum Teil abgetrennt wird. Der Kopf steht dem Schnitt, der noch immer ziemlich hoch liegt, fern; deshalb Wendung und Extraktion des Kindes an den Füßen. Darauf Elimination der Placenta z. T. digital. Vorher 2 Secacorninspritzen. Placenta und Eihäute vollständig. Darauf Naht der Uteruswunde mehrfach fortlaufend. Einige Muskelnähte. Darauf schließlich Naht der Bauchdecken, sodaß der Uterus nicht abgetrennt wird vom Peritoneum. Die Utero-Peritoneal-Naht scheint dicht gehalten zu haben; revidiert ist nicht worden. — Uterus gut kontrahiert, wenn auch in beträchtlicher Ausdehnung ventrifixiert. Bauchdecken vollständig geschlossen. Dauer etwa eine Stunde.

Rekonvaleszenz sehr langwierig; vom ersten Tage ab besteht starker Hustenreiz; über den ganzen Lungen bronchitische Geräusche. Am 3. Tage post op. Temp. 38,7; am 4. 38,9; Verbandwechsel; zwischen den unteren Drahtnähten quillt auf Druck übelriechendes Sekret hervor; Entfernen von 4 untersten Nähten, worauf eine sehr übelaussehende, tiefe und nach oben unter den Bauchdecken fortkriechende Höhle zu sehen ist. In die Tiefe kommt man vorn unten zweifellos ins Uteruscavum. Ausspülen mit $H_2 O_2$. Tamponade mit Jodoformgaze und Durchtränken der Gaze mit 20 ccm Leukofermentin. Trockener Verband. Von nun täglich Verbandwechsel. Am 6. Tage nach der Operation ist die Bauchdeckennaht bis zum oberen Winkel aufgegangen. Die Abszeßhöhle, die nach dem Abdomen zu zweifellos vom Uterus abgeschlossen ist, ist gut gereinigt. 2 Tage darauf prolabiert infolge der fortschreitenden Involution des Uterus im oberen Abszeßwinkel Peritoneum mit darunterliegendem Netz etc. Die Abszeßhöhle sieht gut aus, sezerniert nur noch spärlich. Der weit auseinanderklaffende Abszeß wird durch Heftpflasterstreifen mit seinen Rändern einander genähert, um so nach Möglichkeit die Gefahr einer Ruptur zu vermeiden. Temp. um 38. Weitere Rekonvaleszenz durch Pneumonie gestört. Ers⁴ vom 27. Tage ab nach der Operation keine Temperaturerhöhung mehr. Unter Salbenverband langsame Heilung der Wunde.

Entlassungsbefund 53 Tage nach der Operation: 12 cm lange, 3 cm breite Laparotomienarbe in ihrem oberen Teil eine kleinapfelgroße Hernie bildend. Uterus von normaler Größe, etwas ausgezogen, sinistroponiert, vaginifixiert. Adnexe o. B. Der paravaginale zystische Tumor präsentiert sich noch in gleicher Größe wie vor dem Partus resp. Operation. Herz und Lungen o. B.

29. A. K., 31 J., Jahrgang 1908/09. Journ.-Nr. 832. Die Frau hat Rhachitis gehabt. Erste Menstruation mit 15 Jahren. 6 Partus: I. 1897 Frühgeburt — Kind starb 1 Stunde post partum. II. 1901 Frühgeburt — Kind starb nach 10 Wochen. III. 1902 Frühgeburt in hiesiger Klinik, Kind mit 1¼ Jahr gestorben. IV. 1904 Frühgeburt in hiesiger Klinik, Kind nach 24 Stunden gestorben. V. 1905 ausgetragen, tot geboren. VI. 1906 Frühgeburt in hiesiger Klinik, Kind lebt. Letzte Regel 23. Mai 1908. Beckenmaße: Sp. 24, Cr. 26, Conj. ext. 17,5, diagon. 10, vera 8¼.

Die Frau kreißt seit gestern Abend. Muttermund fast vollständig erweitert. Blasensprung artifiziell 7½ Uhr morgens; Kopf im Beckeneingang gut eingestellt, jedoch noch kein Segment im Becken. Indikation zur

Operation: Verlangsamung der fötalen Herztöne um ein beträchtiges. Dehnungserscheinungen nicht vorhanden. Kind in I. Schädellage. Kopf nicht hydrocephalisch.

Cervicaler Kaiserschnitt. Es wird links zwischen Rectus und Obliquus inzidiert, längs, nachdem die Blase mit etwa 300 ccm Flüssigkeit angefüllt ist und sich bedeutend vorwölbt. Müheloses Abschieben des Peritoneums von der Blase und der linken Plica, ebenso auch von der Cervix. Auch nach links zu trennt sich Peritoneum sehr leicht, doch wird mit der Trennung aufgehört, als daselbst bedeutende Blutung eintritt, welche nur schlecht durch provisorische Schieber zum Stehen gebracht wird. Zwischendurch Ablassen der Flüssigkeit aus der Blase. Wenn auch die Abtrennung des Peritoneums sehr leicht war, so ist doch wie immer schwierig, die Cervix in so großer Ausdehnung zu bekommen, wie man gern möchte und für notwendig erachtet. Schließlich Längsinzision in der Cervix, im oberen Teil ist dieselbe sehr dick, blutet sehr stark, einige spritzende Gefäße. Die Elimination des Kopfes gelingt ganz leicht nach Einschiebung des linken Zangenblattes (I. Lage!), darauf Extraktion des Kindes. Sodann wird die stark blutende Cervixwunde mehrfach gefaßt, vorgezogen und es wird nach der stark blutenden Stelle links gesucht. Daselbst spritzt eine große Arterie von fast Radialisstärke, außerdem daselbst einige blutende Venen zum Plexus uterinus gehörend, dessen massenhafte Verzweigung sichtbar ist. Man hat also das Peritoneum bis an die linke Cervixkante abgeschoben. Darauf noch einige weitere Unterbindungen, schließlich Blutsicherheit. Das Peritoneum scheint sich durch Luft vorzuwölben; das kann bedingt sein durch 2 Möglichkeiten: 1. dadurch, daß Luft ins Peritoneum eingedrungen ist, 2. daß es an manchen Stellen invertiert ist und so eine Doppeltschicht vorgewölbt wird. Da der Fall nur in der Klinik untersucht und somit „aseptisch“ ist, so wird das Peritoneum absichtlich aufgeschnitten zwecks Revision. In dasselbe wird ein Tupfer eingeschoben und ganz wenig feucht (gelblich) herausgezogen. Aus diesem Befunde geht hervor, daß bei der Operation das Peritoneum nicht (auch nicht an einer kleinen Stelle) eröffnet worden ist. Es ist also auch diese Operation zu den rein extraperitonealen hinzuzuzählen. Sorgfältige Vernähung des Peritonealschnittes, Vernähung des Rectus mit dem Obliquus; übrigens war der Rectus von links her etwas eingekerbt worden, ohne daß ein Vorteil daraus zu erwachsen schien. Die Engigkeit des Loches wird immer durch das Peritoneum bedingt. Einlegung eines Schutzstreifens bis an die tiefste Stelle, das ist links neben der Cervix. Die Operation verlief einigermaßen typisch. Abschiebung des Peritoneums leicht, nur auch hier Gewinnung eines genügend großen Loches schwer. — Kind weiblich, mäßig asphyktisch, blau, wird relativ leicht wiederbelebt. Gewicht 3100 g.

5 Tage nach der Operation Verbandwechsel — Wunde primär geschlossen. Tamponöffnung ca. fingerdick; Tampon rein blutig, serös, nicht eitrig, nicht riechend. Nach links Recessus ca. 8 cm tief; Leukofermentin eingegossen — Tampon. 3 Tage darauf erneute Tamponade mit Leukofermentin. Später trockene Tamponade. Vom 11. Tage ab Verband mit Schwarzsalbe. Am 13. Tage post op. werden Fäden gezogen, Heilung per primam. Der Recessus heilt in den nächsten Tagen unter Salbenverband völlig ab. Höchste

Temperatur während der Rekonvaleszenz 38° und zwar am 2. und 4. Tage post op. Entlassungsbefund 29 Tage post op.: Glatte Narbe. Uterus anteflectiert; wenig sanguinolente Lochien. Muttermund geschlossen. Adnexe o. B.

30. J. D., 29 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 149. Früher angeblich nie krank gewesen. I. Partus vor 2 Jahren — Wendung — Perforation des nachfolgenden Kopfes. Letzte Regel Ende August 1908. Wehenbeginn am 16. Mai 09, um 8 Uhr abends.

Beckenmaße: Sp. 26, Cr. 28, Conj. ext. 17, Conj. v. $8^3/_4$.

Innere Untersuchung am 17. Mai um 8 Uhr a. m.: Muttermund vollkommen erweitert, Kopf in Vorderscheitelbeineinstellung; Becken allgemein verengt. Kind sicher recht groß. Blase vor $^1/_2$ Stunde gesprengt, Kind ungeschädigt.

Um $8^3/_4$ Sectio caesarea cervicalis: Die mit 300 ccm angefüllte Blase liegt fast median. Kind in II. Lage. Schnitt rechts durch den Rectus, da seine Grenze nicht gefunden wird. Sehr dünne Bauchdecken. Abtrennung des Peritoneums von Blase und Cervix gelingt stumpf. Die gesamte Operation dauert bis zur Beendigung der Naht 45 Minuten. Kind lebensfrisch, recht groß.

Rekonvaleszenz gestört durch leichte Temperatursteigerungen während der ersten 12. Tage. Am 14. Tage post op. werden Fäden gezogen, Heilung per primam. Aus dem Kanal, in den ein Schutzstreifen eingeführt wurde, entleert sich auf Druck aus dem Uteruscavum reichlich seröses leicht eitriges geruchloses Sekret.

Entlassungsbefund am 26. Tage post op.: Bauchnarbe fest verheilt. Uterus anteflektiert, Fundus nach rechts gelagert, an der Bauchwand adhärent, 4 Querfinger breit über der Symphyse. Lochien spärlich, serös.

31. K. K., 28 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 151. Angeblich immer gesund gewesen. Erste Regel mit 14 Jahren, häufig unregelmäßig. 3 Partus. I. Perforation, II. Zange, III. Wendung - Perforation des nachfolgenden Kopfes. Conj. diag. $9^3/_4$. — Am 15. Mai 1909 wird Kreißende aus der Poliklinik eingeliefert, weil eine Geburt per vias naturales unmöglich ist. Blase vor 3 Stunden gesprungen; ungeheuere Cervixdehnung; Kontraktionsring verläuft schräg von rechts oben nach links unten ungefähr in Nabelhöhe. II. Schädellage, Stirneinstellung, sehr großes Kind. Kopf etwas nach links abgewichen.

Sectio caesarea nach Sellheim: Blase vollständig rechts gelegen. Schnitt querfingerbreit links von der Linea alba. Peritoneum schiebt sich sehr leicht von der Blase ab. Die Blase kommt gerade rechts unten im Schnittwinkel zu Gesicht. Cervix papierdünn, sodaß beim Abschieben der Blase bereits die Cervix an einer Stelle durchgeschabt wird, sodaß der Kopf zutage tritt. Schaffung eines genügend weiten Loches. Entwickelung des Kindes, die leicht gelingt, indem man mit dem breiten S-förmig gebogenen Spatel unter das Hinterhaupt geht und dasselbe heraushebelt. Das Kind, ein Knabe, ist leicht blau asphyktisch, bald wieder belebt. Gewicht 3520 g. Extraktion 10 Min. nach Beginn der Operation beendet. Cervixnaht zweischichtig. Peritoneum überall intakt. Anheften des Blasenscheitels subperitoneal. Rechts und links in die Taschen kleine Jodoformgazestreifen. Dauer der Operation

40 Minuten. Hautschnitt reicht von handbreit unter dem Nabel bis zur Symphyse. Beim Einschneiden der Cervix keine Blutung. 3 Spritzen Cornutin.

Am 18. Mai Lungenbefund: R. u. Dämpfung mit Rasseln. 21. Mai Vulva ödem; Streifen kaum durchtränkt. 24. Mai Drainagekanal nur noch wenige cm tief granuliert gut. 25. Mai Fäden gezogen, Heilung per primam. Während der Rekonvaleszenz mehrere Temperatursteigerungen bis höchstens 39^0. — Entlassungsbefund am 28. Tage post op.: Bis auf einen kleinen dem Drainagekanal entsprechenden Granulationspfropf feste, gut verheilte Narbe. Uterus eleviert, an den Bauch fixiert, noch etwas vergrößert.

32. A. H., 36. J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 156. Angeblich immer gesund gewesen. Zeichen von Rhachitis vorhanden. Erste Menstruation mit 14 Jahren, ohne Beschwerden. Im Februar 1908 einen Abort von 3 Monaten durchgemacht. Letzte Regel 15. August 1908. Wehenbeginn 5. Juni 1909 11 Uhr nachts. Blasensprung 6. Juni 12 Uhr mittags. Zangenversuch in der Poliklinik, nicht abgeglitten, aber schließlich unterlassen.

Befund: I. para. Nicht sehr deutliche, aber doch erhebliche Cervixdehnung. Kind in I. Lage. Allgemein verengtes Becken (Conj. diag. $10^1/_2$). Kopf sehr groß, vollständig über dem Becken. Extraperitonealer Kaiserschnitt: 300 ccm in die Blase, die rechts liegt. Links eingeschnitten, mutmaßlich durch den Obliquus. Trennung der Blase vom Peritoneum beginnt noch bei voller Blase, dann wird sie entleert und bei leerer Blase weiter abgedrückt. Die Trennung gelingt überall gut. Um eine Zeit, als die Cervix noch nicht so weit frei gelegt ist, daß man inzidieren könnte, wird sie mit dem Tupfer zerdrückt und das mit Meconium besudelte Kind wird sichtbar. Weiteraufschneiden der Cervix nach oben und unten. Ungeheuer schwere Entwickelung des Kindskopfes; Probieren von allen möglichen Haken und Zangen ohne Erfolg. Schließlich ist eine Art Ritgen effektvoll. Endlich gelingt es, den Kopf zu entwickeln, auch die Entwickelung der Schultern ist sehr schwierig. Kind tief asphyktisch, atmet jedoch ein wenig spontan. Wiederbelebung gelingt gut. Des Kindes Länge: 54 cm. Gewicht: 3650 g, Kopfumfang 36, Schultern 39, Gr. quere 11. — Sehr großes Kind. — Placenta ungefähr 15 Minuten nach Entwickelung des Kindes gelöst; vorher Anlegen einiger Bauchdeckennähte. Schließlich Vereinigung der Cervix mit Knopfnähten, ohne daß man damit die Hoffnung verbindet, daß die Cervix in toto verheilt. Nachher gründliche Revision des Peritoneums, es ist überall intakt. Die Abtrennung des Peritoneum erfolgte in einem eigentümlich sulzigen Gewebe. — Schwere Operation bloß wegen des Kindes; überaus befriedigendes Resultat. — Breiter Streifen in die Wundhöhle; das Übrige genäht.

Während der ersten Tage post op. Temperatursteigerung bis 39. Am 14. Tage werden Fäden gezogen; Heilung per primam bis auf 2 Nähte um das Drainageloch. Am 15. Tage steigt die Temperatur auf 40^0 — starke Cystitis — während der folgenden 6 Tage fällt sie herab — um vom 21. Tage ab normal zu bleiben.

Entlassung am 34. Tage.

33. E. S., 32. J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 157. Vater der Frau an Lungen- und Kehlkopftuberkulose gestorben; Mutter kränklich. Die Frau lernte mit $1^1/_2$ Jahren laufen; von engl. Krankheit ist ihr nichts bekannt. Als

Kind — Masern, Typhus und Veitstanz gehabt. Mit 20 Jahren Gelenkrheumatismus. Erste Menstruation mit 16 Jahren stets unregelmäßig. Letzte Periode Anfang Juli, Conception Ende Juli 1908.

Maße: Sp. 26, Cr. 28, Conj. ext. 18.

Wehenbeginn 11. Mai 3h p. m. Blasensprung 13. Mai, 12^{30} a. m. Am 13. Mai um 8 Uhr morgens beträchtliche Cervixdehnung. Uterus dextrovertiert; Kind groß; I. Schädellage. Kopf fest auf dem Beckeneingang; sehr große Kopfgeschwulst; Meconium am untersuchenden Finger. Herztöne unregelmäßig, meist etwas beschleunigt, nicht sehr laut, kein Fruchtwasser im Uterus mehr; sehr enge Vagina, enge Vulva. Wendung kaum noch möglich — Cervixdehnung sehr deutlich, und da Extraktion nicht schnell genug erfolgen kann — Zange unerlaubt, selbst Tarnier, daher Kaiserschnitt, wenn möglich extraperitoneal. Längsschnitt durch den linken Rectus, vorher Blasenfüllung mit 300 ccm. Abtrennung des Peritoneum von der Blase gelingt leicht, ebenso von der Cervix. Inzision in die Cervix. Extraktion eines bleich asphyktischen Kindes, Wiederbelebung leicht. Nachgeburt spontan, keine Blutung. Bei nachträglicher Kontrolle ergibt es sich, daß Peritoneum vollständig erhalten ist. Cervixnaht. Fascienintegumentnaht mit Draht — Achtertouren. Kleiner Schutzstreifen. — Rekonvaleszenz langwierig — Pneumonie und Eiterung — Temperatur dementsprechend erhöht, aber nur während der ersten 13 Tage, nachher normal. Leukofermantinbehandlung, zuletzt Salbenverband.

Entlassung am 46. Tage post op.

34. A. F., 31 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 158. Die Frau will stets gesund gewesen sein. 2 Partus. 1907 Perforation, 1908 Perforation. Maße: Sp. 24, Cr. 25, C. ext. 18, diag. 11.

Die Frau kreißte seit 3 Uhr nachts; gleich im Wehenbeginn Blasensprung. Auf Anraten des konsultierenden Arztes in Glatz ist die Frau, da sie ein lebendes Kind wünscht, nach Breslau in die Klinik gekommen. — Kontraktionsring 1 Querfinger unterhalb des Nabels. I. Schädellage. Kopf auf dem Becken beweglich in Vorderscheitelbeineinstellung. Muttermund kleinhandtellergroß mit gewulsteten, sehr ödematösen Rändern. Es geht meconiumhaltiges Fruchtwasser ab. Die Herztöne sind wechselnd, mitunter dumpf und nicht regelmäßig. Temp. $37{,}3^{0}$.

Da die Blase ziemlich symmetrisch liegt und es sich um eine I. Schädellage handelt, Schnitt links neben der Linea alba, 1 Querfinger breit von ihr entfernt. Man gelangt sehr gut zwischen Blase und Peritoneum; obwohl man leicht die Blase nach unten, das Peritoneum nach oben abschieben kann, wird doch gleich zu Beginn des Abtrennens das sehr dünne Peritoneum an einer kleinfingerkuppengroßen Stelle eröffnet; noch ehe etwas in die Peritonealhöhle hineinlaufen kann, wird der Riß zugeklemmt und mit einem Catgutfaden abgeschnürt. Nachher vollzieht sich die weitere Operation vollständig typisch. Nachdem ein genügend großer Bezirk Cervix freigelegt ist, wird die Cervix inzidiert und das Kind entwickelt. Wie immer macht die Entwicklung des Kopfes Schwierigkeiten und erst nach einigen Manipulationen gelingt es, den Kopf zum Austritt zu bringen. Nach Entwicklung des Kindes und Expression der gelösten Placenta Naht der Cervix

mit fortlaufender Naht, darauf Naht der Blase querhinüber an das praeperitoneale Gewebe. Einlage eines Jodoformgazedochtes; Schluß in üblicher Weise. — Das Kind, ein Knabe, 3350 g schwer, ist tief bleich asphyktisch und kann erst nach systematischer Anwendung Schultze'scher Schwingungen wiederbelebt werden; außerdem hat es auch sehr viel aspiriert. — Nach Entwicklung des Kindes zeigte es sich, daß die Abschnürung des kleinen Peritonealloches mit dem Catgutfaden gut dicht gehalten hat, und daß auch sonst keinerlei Verletzung des Peritoneums besteht.

Rekonvaleszenz glatt, nur am 2., 3., 4. und 5. Tage Temperatursteigerung bis 38°, nachher normal. Entlassungsbefund am 20. Tage post. op.: Bauchschnittnarbe fest vernarbt, Uterus retrovertiertflektiert, beweglich, Fundus gerade über der Symphyse zu tasten.

35. A. B., 40 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 196. War angeblich stets gesund. Erste Regel mit 19 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. 9 Partus spontan, ohne Wochenbettstörungen. 2 Kinder leben. Letzter Partus vor 4 Jahren. 1 Abort vor 7 Jahren. Letzte Regel Anfang Dezember 1908. Seit 3 Monaten unregelmäßige Blutungen. Letzte Blutung vor 8 Tagen, 4 Tage anhaltend. Abmagerung; keine Schmerzen. — Uterus dem VII. Graviditätsmonat ensprechend vergrößert. Fundus am Nabel. Kindl. Kopf über dem Becken. Rücken links — dort auch Herztöne wahrnehmbar. Cauliflower mäßigen Umfanges von der linken Muttermundlippe ausgehend. Leichte Blutung. Cystoscopischer Befund: Starke Vorwölbung des Trigonum, starke Gefäßinjektion, sonst keine Besonderheiten.

Sectio caesarea et Exstirpatio uteri am 22. Mai. Schnitt bis zum Nabel. Vorwälzen des Uterus. Er erscheint größer als daß man ihn unaufgeschnitten exstirpieren könnte. Vorderwand stark mit Venen durchzogen, Hinterwand nicht. Ligg. rotunda nach oben divergierend. Einschnitt in die Hinterwand der Länge nach. Placenta nicht getroffen. Das Kind wird an den Füßen entwickelt, ist 33 cm lang, hat also gerade die gesetzliche Meldegrenze erreicht. Es macht einige schnappende Atembewegungen und stirbt dann trotz der Wiederbelebungsversuche.

Placenta wird daringelassen, Uterus zusammengeklemmt, total exstirpiert von oben. Sehr blutige Operation, aber wegen der Dehnbarkeit des Gewebes nicht schwer. Nach Elimination des Uterus wird nach Drüsen getastet; links ein wallnußgroßes Paket. Exstirpationsversuch. Schließlich wird davon abgesehen, weil es auf der Iliaca communis aufsitzt, die Venenverletzung risquiert würde, und bei der Schwierigkeit der Operation ein Radikalerfolg doch nicht zu erzielen wäre. Eine Lumbaldrüse, rechts nahe der Bifurcation auf der Iliaca communis zu tasten, wird auch in Ruhe gelassen.

Rekonvaleszenz ein wenig gestört, durch Temperatursteigerung innerhalb einiger Tage infolge von Cystitis (Spülung mit Argent. nitric. und Fachinger) und mäßig serös-eitriger Sekretion ex vagina. Entlassungsbefund am 35. Tage post op.: Bauchnarbe fest und reizlos. Vom Drainagekanal noch eine erbsengroße nicht überhäutete Granulationsfläche. Scheide ein ca. 3 cm langer Blindsack.

36. H. A., 37 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 213. Anamnese cf. Fall 16. Die Frau kreißt seit mehr als 36 Stunden mit Unterbrechungen. In der

vergangenen Nacht (vom 26. zum 27. Juni) Morphium zur Abschwächung der Wehen, damit die Operation am Tage gemacht werden könnte. Die Wehen sistieren aber vollständig. Jetzt wieder seit einigen Stunden ganz manifeste kräftige Wehen. Dabei ist der Portiobefund genau derselbe wie vor 2 Tagen: Äußerer Mund für 1 Finger durchgängig, Cervix 1 cm lang, dann kommt man auf den Kopf. Es erscheint auffallend, daß die querverlaufende Narbe der letzten Operation verhältnismäßig sehr hoch steht, vielleicht höher gezogen durch die Wehen. Während man gestern noch glauben konnte, daß es sich um Schwangerschaftswehen handelt, scheint es heute doch sicher zu sein, daß gute Geburtswehen da sind, welche noch keine oder minimale Eröffnung bewirkt haben. Selbst wenn man in Betracht zieht, daß die Frau per vias naturales noch nicht geboren hat, so dürften die Wehen doch schon einen größeren Effekt erzielt haben. Jedoch soll nicht ausgeschlossen sein, daß es sich tatsächlich noch um Schwangerschaftswehen handelt, und die Geburt noch nicht in Gang ist. Immerhin ist die Effektlosigkeit der kräftigen Wehen zu registrieren und auffallend. — II. Schädellage. Herztöne etwas frequent (150), aber deutlich.

Schnitt rechts, trifft den rechten Obliquus. Es wird durch ihn durchgeschnitten bis auf das Peritoneum. Die mit 350 ccm gefüllte Blase setzt sich gut ab. Trotzdem läßt sich die Blase schlecht von dem Parietalperitoneum abdrücken. Mit Zuhilfenahme des Messers, und zwar an derjenigen Partie, welche sich anscheinend als Blase vorwölbt, wird versucht, das Peritoneum abzutrennen. Dabei dringt ein ganz seicht geführter Schnitt in einen freien Raum, der sich als Peritonealraum entpuppt. Eine Abschiebung des Peritoneums wäre wenigstens in der Gegend der Narbe unmöglich gewesen. Nachdem das Peritoneum geöffnet ist, wird, da es sich um einen reinen Fall handelt, der nur in der Klinik dreimal ärztlich untersucht ist, das Peritoneum durch Verlängerung des Schnittes weiter eröffnet. Darauf werden 4 Tupfer flach zwischen Bauchwand und Uterus eingeklemmt und der Uterus longitudinal eingeschnitten. Man trifft auf verhältnismäßig recht dicke Muskulatur (mindestens 1½ cm dick), welche nach unten zu dünner wird (¾ cm). Nachdem unter übrigens recht lebhafter Blutung in die Eihöhle eingedrungen ist, präsentiert sich das linke Ohr des Kindes. Darauf wird die Kaiserschnittzange angelegt und leicht der Kopf herausgehoben. Extraktion des Kindes, welches recht blaß ist, langsamen aber kräftigen Pulsschlag hat; nach einiger Zeit gut wiederbelebt. Uterus kontrahiert sich nicht gut. Nach 25 Minuten Credé gemacht. Placenta und Eihäute vollständig. Es war ziemlich viel Fruchtwasser vorhanden. Naht des Schnittes mit Einzelnähten, des Peritoneums fortlaufend. Revision des Peritoneums. Es ist kein Tropfen Blut in dasselbe gelaufen. Der Schnitt geht naturgemäß nach unten durch den Querschnitt durch. In der Höhe des Querschnittes inseriert der Blasenscheitel. Auf der vorderen unteren Uteruswand einige dünne Fäden peritonit. Auflagerung, ohne daß Adhäsionen bestehen. Von dem Schnitt aus wird die untere Uteruspartie ausgetastet und festgestellt, daß am unteren Rande des Schnittes bis zum rechtsstehenden, gut tastbaren äußeren Muttermund in gerader Linie gemessen 8 cm sind, die Krümmung der Cervix eingerechnet, wenigstens 10 cm. Schluß der Bauchwunde.

5. Juli. Abdomen o. B. Leichte Infiltration des linken unteren Lungen-

lappens. Mastitis — bds. Alkoholverb. 10. Juli Mastitische Erscheinungen geschwunden. Fäden gezogen; Operationsnarbe per primam geheilt. 17. Juli Entlassungsbefund am 20. Tage post op.: Bauchnarbe fest, nicht empfindlich. Uterus noch faustgroß, anteflectiert, an den Bauchdecken adhärent.

37. **A. S.,** 23 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 214. Kreissende hat mit 21 Jahren Gelenkrheumatismus gehabt, sonst stets gesund gewesen. Erste Regel mit 16 Jahren, immer regelm. Letzte Regel Ende August 1908. Beckenmaße: Sp. 24. Cr. 25½ Conj. ext. 17½ diag. 10½ — 11. Wehenbeginn 15. Juni 3 h. a. m.

Am 16. Juni um 11,15 h. p. m. Sectio caesarea 6 Stunden nach Wasserabfluß; fast dauernd kontrahierter Uterus, wechselnde Herztöne, Meconiumabgang, keine Cervixdehnung. I. Schädellage. Blase rechts. Schnitt links von der Linea alba. — Es wird versucht, die Blase nach unten abzuschieben; dabei zeigt sich, daß der Douglas so tief herunterreicht, daß es trotz fortgesetzten Bemühens, auf diesem Wege an die Cervix zu gelangen, nicht möglich ist. Das Peritoneum wird schließlich am Blasensporn doch eröffnet und darum beschlossen, transperitoneal vorzugehen.

Längsspaltung des Peritoneum, Annähen des Peritoneum parietale mit dichten fortlaufenden Catgutnähten an die Serosa des Uterus. Inzision in den Uterus; sie trifft die oberen Partien der Cervix und den unteren Teil des Corpus. Wendung. Nach Extraktion des Kindes und Entfernung der Placenta zeigt sich, soweit das durch die Besichtigung beurteilt werden kann, daß die Anheftung dicht gehalten hat.

Zwei-Schichten-Naht des Uterus, Schluß der Bauchwunde, Einlegen eines Jodoformgazeschutzstreifens. Kind tief asphyktisch, wird durch Schultze'sche Schwingungen wieder belebt. Gewicht 3230 g, Länge 53 cm. Rekonvaleszenz glatt. Mäßige Eitersekretion aus dem Drainagekanal. Am 14. Tage post op. Fäden gezogen, Operationsnarbe per primam geheilt.

Am 34. Tage post op.: Beschwerdefrei entlassen.

38. **G. L.,** geb. **M.,** 27 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 346. Anamnese cf. Fall 14. Letzte Regel Anfang November 1908. Wehenbeginn 14. August 09 vormittags. Durch die Untersuchung wird konstatiert, daß, nachdem seit ungefähr 12 Stunden schwache Wehen begonnen haben, die Cervix jetzt aufgebraucht ist. Muttermund bequem für einen Finger durchgängig. Blase steht noch. Das Kind liegt in II. Lage, Kopf im Beckeneingang, ohne Tendenz tiefer einzutreten. — Da die Frau sterilisiert sein will, muß der Kaiserschnitt gemacht werden, was möglich ist, da sie auswärts nicht untersucht worden ist, und die Blase noch steht. Der Kaiserschnitt ist umso notwendiger, als ein sehr eigentümlicher Befund besteht: Das Kind liegt in II. Lage. Die untere Hälfte der Bauchnarbe, die vom Nabel abwärts liegt, wölbt sich stark vor. In ihr sind unmittelbar hinter den Bauchdecken, die sehr dünn sind, Kindsteile und zwar der Arm, so deutlich zu fühlen, als wenn keine Uteruswand dazwischen wäre. Hier scheint seiner Zeit der Uterusschnitt nicht geheilt zu sein.

Längsschnitt nur unterhalb des Nabels, teils in der alten Narbe, teils nach unten von ihr. Im Bereich des Schnittes wird der Uterus allenthalben adhärent angetroffen. Und nun ergiebt sich folgendes Auffallende: Sobald

man an einigen Stellen teils stumpf, teils mit dem Paquelin die Adhäsionen getrennt hat, liegt die Eiblase vor. Also weitere Lösung der Adhäsionen, Erweiterung des Uterusschnittes ein wenig nach oben und auch nach unten. Alsdann Blasensprung und Extraktion am Fuß. Das Kind ist etwas asphyktisch, d. h. es hat langsamen Nabelschnurpuls, ist blau, atmet aber nicht. Nach einiger Zeit Abnahme, dann geschah zunächst nichts. Dann wurde das Kind blau, dann völlig lebensfrisch. Der Kopf ist schon etwas konfiguriert, auffallend schmal in seinen Breitendurchmessern. Nach Elimination des Kindes vollständige Abtrennung des Uterus von seinen Adhäsionen. Dann allmählige Elimination der Placenta. Uterus kontrahiert sich gut. Placenta an der hinteren Wand. Auch nach der Lösung der Placenta gute Kontraktion des Uterus. Naht des Uterus mit einigen Knopfnähten, außerdem mit einer fortlaufenden, welch' letztere ebenfalls tief durchgreift. Darauf Sterilisation: Resektion beider Tuben und Eintaschung der ziemlich langen Stümpfe zwischen die Lipp. lata. Toilette der Bauchhöhle. Es war nichts ins Abdomen gelangt. Schluß wie üblich.

Epikrise: Die Uteruswunde war nach dem letzten Kaiserschnitt fast in ganzer Ausdehnung nicht geheilt, war dagegen mit der vorderen Bauchwand adhärent geworden, und zwar nur unterhalb des Nabels, entsprechend der Verkleinerung des Uterus nach der Operation. Die beiden Wundlefzen der damaligen Uteruswunde waren also isoliert mit der vorderen Bauchwand verklebt, sodaß man diesmal nach Lösung der Adhäsionen ohne Weiteres in den Uterus hineinkam. — Da nun bei der ersten Operation der Uterus bis auf den Fundus aufgeschnitten war, jetzt aber ein großer Teil des Uterus noch oberhalb des Nabels lag, und in diesem das Kind, so muß dieser Teil ausschließlich hintere Wand gewesen sein. Der Uterus hatte also eine Gestalt in dieser Schwangerschaft angenommen, wie wenn er mit der ganzen vorderen Wand ventrifixiert worden wäre, und vorwiegend die hintere Uteruswand zum Fruchthalter umgewandelt worden wäre. Dem entsprach auch der Befund nach dieser Operation. Die hintere Wand kontrahierte sich ausgezeichnet. Sie trug die Placenta. Die Elimination der letzten erfolgte bald.

Krankheitsverlauf glatt — höchste Temp. im Wochenbett 37,8°. Am 14. Tage Fäden gezogen; Heilung per primam. Entlassungsbefund am 19. Tage post op.: Uterus noch faustgroß, anteflektiert: Adnexgegend nicht druckempfindlich. Parametrien o. B. Narbe linear verheilt. Keine Beschwerden.

39. K. P., 21 J., Jahrgang 1909/10, Journ.-Nr. 349. Als Kind Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt. Erste Menstruation mit 18 Jahren, meist unregelmäßig. Letzte Regel 10. Oktober 1908.

Beckenmaße: Sp. 24½ Cr. 28 Conj. ext. 17½ diag. 10½, vera 8½. Wehenbeginn 4. August 1909. 9 h. a. m. Blasensprung 4. August ½6 h. a. m.

Befund vor der Operation: Blasensprung vor über 24 Stunden. Cervix sehr gedehnt, Kontraktionsring knapp unterhalb des Nabels; r. Lig. rot. gespannt II. Schädellage. Herztöne gut, lebhafte Wehentätigkeit, Muttermund knapp fünfmarkstückgroß. Blase symmetrisch nach der Anfüllung, daher Schnitt rechts. — Kolossale Rectusdiastase, sodaß man trotz des ungefähr 1—2 cm nach außen von der Mittellinie geführten Hautschnittes doch zwischen die Recti kommt. Nun wird die Blase entleert und nach unten abgeschoben.

Obwohl die Blase beträchtlich von ihrer Peritonealbekleidung gelöst wird, gelingt es doch nicht, die Umschlagsstelle des Peritoneums nach oben zu bringen. Trotz der Cervixdehnung reicht das Peritoneum sehr tief hinab und wird schließlich trotz aller Vorsicht doch an einer Stelle eröffnet. Auch jetzt soll noch extraperitoneal weiter zu operieren versucht werden, indem unter Anfassen des Peritoneums mit Hakenschiebern nun mehr unter Kontrolle des Auges von der Bauchhöhle her versucht wird, die Blase vom Peritoneum abzuschieben; auch das mißlingt, wobei man in die glatte Blasenmuskulatur gelangt, wobei einige größere Gefäße spritzen, die unterbunden werden müssen. Somit ist jetzt evident geworden, daß, wie auch die Betrachtung vom Bauchraume aus ergibt, die Umschlagsstelle des Peritoneums vorn bis unter die Symphyse ins Becken hinabreicht und daß andererseits irgend welche, vielleicht nicht ganz normale, innigere Verwachsungen zwischen Blase und Peritoneum bestehen, sodaß auch das Abschieben der Blase vom Bauchraum aus nicht gelingt. Es wird nunmehr von der eröffneten Stelle aus das Uterusperitoneum von der Cervix abgelöst, indem es nach oben hin seicht inzidiert wird. Diese Ablösung gelingt leicht. Darauf wird die Serosa der Cervix mit der Parietalserosa durch festgelegte Hakenschieber vereinigt, darauf die Cervix inzidiert. Es wird jetzt an den Kopf die Küstner'sche Kaiserschnitt-Zange angelegt; bei Anlegen des zweiten Löffels fängt der Kopf an, sich in Deflexionslage zu drehen. Er wird jetzt mit der Zange vollständig in Gesichtslage gedreht, und es wird mit der Zange begonnen, den Kopf wieder zu flektieren, was jedoch nur bis zu einem gewissen Grade gelingt. Die Zange wird abgenommen und die cervicalen Wundränder jetzt leicht über den Kopf zurückgeschoben, der dabei bequem heraussspringt. — Naht der Wunde, die nur ein klein wenig ins Corpus hinauf reicht mit einer Schicht einzelner und einer Schicht fortlaufender Nähte. Dann werden die Hakenschieber entfernt und das Peritoneum wieder auf die Cervix angenäht mit fortlaufender Catgutnaht. In den Bauchraum ist kein Tropfen Blut gelaufen, trotzdem ziemlich viel Blut bei der Operation geflossen ist. Schluß in üblicher Weise, keine Drainage. Das Kind, ein Mädchen von 3440 g, war kaum asphyktisch.

Rekonvaleszenz: 11. August, der Damm ödematös angeschwollen — daher Vorlage mit essigsauerer Tonerde. 13. August Lochien riechend — Lysolscheidenspülungen. 16. August, der l. Unterschenkel ödematös angeschwollen, sehr schmerzhaft auf Druck — Hochlagern — feuchter Umschlag. Lochien nicht mehr so riechend. Während der ersten 14 Tage leichte Temperatursteigerung — nachher normal.

Entlassungsbefund am 30. Tage post op.: Uterusfundus hinter der Symphyse fühlbar, anteflektiert. Adnexe und Parametrien o. B. Narbe fest und glatt. Keine Beschwerden.

40. M. B., 24 J., Jahrgang 1909/10, Journ.-Nr. 385. Als Kind Masern und Rhachitis. Erste Menstruation mit 17 Jahren, regelmäßig. Letzte Regel 25. Oktober 1908. Maße: Conj. diag. 9, Conj. vera 7 3/4.

Die Frau kreißt seit heute morgen. Fruchtwasser noch nicht abgeflossen. Cervix aufgebracht, äußerer Muttermund für den Finger durchgängig. Herztöne vor der Operation gut. Kopf in II. Lage. Da der Kopf noch nicht die geringste Tendenz, sich zu adaptieren, gezeigt hat, schon lange Wehen bestanden,

die Verengerung des Beckens eine allgemeine ist, so ist der Kaiserschnitt indiziert und soll tief peritoneal oder transperitoneal gemacht werden, da die Frau als uninfiziert gilt. Die Füllung der Blase mit ungefähr 600 ccm ergiebt, daß diese median liegt, trotz starker Sinistroversion des Uterus. Die Blasenflüssigkeit wird wieder abgelassen wegen der in Aussicht genommenen Methode. Schnitt rechts, zwei cm von der Linea alba entfernt, vom Ramus horizontalis bis 6 cm unter Nabelhöhe. Durchtrennung des Rectus. Nach Eröffnung des Peritoneums wird dieses mit Tücherklemmen, welche ganz hübsch breit fassen, rund herum an das Peritoneum des Uterus, welcher eben inzidiert, jedoch nicht eröffnet ist, angeklemmt (10 Klemmen verwendet). Obschon die Klemmen recht hübsch fassen, so bleiben doch empfindliche Lücken zwischen ihnen, durch welche Flüssigkeit durchsickern kann. Danach Inzision in den Uterus. Die Wunde ist klein, doch gelingt die Entwickelung des Kindkopfes gut, nachdem nach unten zu noch etwas inzidiert ist. Kind bleich asphyktisch, mit Meconium besudelt. Herzschlag vorhanden. Es muß also die Asphyxie und vielleicht der Blasensprung beim Transport in den Operationssaal erfolgt sein. Kind wird wiederbelebt, wiegt 2600 g, weibl. 48 cm lang. — Abwartung der Lösung der Placenta, die nach ca. 1 Minute erfolgt ist. Credé. Vollständigkeit der Placenta und Eihäute. — Nachher werden die Peritonealklemmen geöffnet und der Uterus freigegeben, nachdem in die tiefe Schicht Nähte gelegt sind, wodurch das Cavum der Cervix geschlossen ist. Jetzt sieht man, daß etwas sanguinolente Flüssigkeit, wenn auch nur sehr wenig, über das Peritoneum gelaufen ist (Methodenfehler!). Nun erfolgt die Naht des Uterus, dann wird der Uterus versenkt, die Bauchdecken in der üblichen Weise geschlossen. Dauer der Operation eine Stunde.

Rekonvaleszenz völlig glatt, keine einzige Temperatursteigerung.

Entlassungsbefund am 19. Tage: Narbe linear geschlossen. Uterus noch faustgroß, anteflektiert. Keine Beschwerden.

41. M. K., 27 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 403. Als Kind Rhachitis. Erste Menstruation im 16. Lebensjahre. 21. April 1908. 1 Partus, Perforation — Cranioclasie in hiesiger Klinik nach 48stündigem Kreißen. Letzte Regel Mitte Dezember 1908.

Beckenmaße: Sp. 24, Cr. 25, Conj. ext. 15, diag. 9. Die Frau kreißt seit zwei Tagen. Muttermund nahezu vollständig erweitert. Blase steht. Die Frau ist außerhalb der Klinik nicht untersucht. Lebhafter Wunsch nach lebendem Kinde. Kind nicht klein, ganz über dem Becken in I. Kopflage. Wenig Fruchtwasser. Das Becken ist hochgradig verengt und an die Passage des Kindes ist garnicht zu denken, deswegen Kaiserschnitt. Er könnte ohne Bedenken peritoneal gemacht werden, da Infektion ausgeschlossen ist, doch soll der extraperitoneale Versuch gemacht werden, da es ja nicht schaden kann. Auffüllung der Blase mit 300 ccm. Die Blase liegt so stark extramedian links, daß von ihr überhaupt nichts in der rechten Hälfte der Bauchhöhle liegt. Schnitt rechts neben der Linea alba etwa 2 cm davon entfernt durch den Rectus durch. Der Schnitt geht nicht bis an den Nabel, er endigt 4 cm unterhalb desselben. Nachdem bis aufs Peritoneum vorgedrungen ist, nicht im ganzen Bereiche des Schnittes, wird von der rechten Seite der Blase beginnend die Abtrennung mit Tupfern bewerkstelligt, was sehr gut gelingt.

Die ganze Abtrennung in genügender Ausdehnung ist das Werk von wenigen Minuten. Nachher Entleerung der Blase. Es ist nicht zu leugnen, daß die Blasenwand durch die Abtrennung eine nicht unbeträchtliche Verdünnung erfahren hat, ohne daß jedoch Perforationsgefahr gedroht hat. Die Ausdehnung, in welcher die Cervix freigelegt ist, ist nicht allzu groß, jedoch scheint sie, einige Dehnung vorausgesetzt, genügend, deshalb wird längs eingeschnitten. Nicht die geringste Blutung. Man kommt im Bereiche der Hälfte des Schnittes in ziemlich dicke Uterusmuskulatur hinein. Die Entwickelung des Kindes geschieht mit der Kaiserschnittzange; es ist groß, hat recht großen Kopf, ist asphyktisch — verlangsamter Puls, keine Atmung, dabei rosige Farbe (Gewicht 3050. Länge 47 cm). Wiederbelebung leicht. Placenta nach 6—10 Minuten hauptsächlich spontan; jedenfalls war sie durch Haematon bereits vorgewölbt. Nachher fortlaufende Naht des Uterusschnittes, in der oberen Hälfte zweischichtig, darauf Annähen des Peritoneums an die Blase, wobei der Uterus gelegentlich mitgefaßt wird, darauf fortlaufende Naht des Rectus, darauf Naht der Fascie und des Integuments mit Achterdrahtnähten. Gesamtdauer $^3/_4$ Stunden, wovon mehr als die Hälfte auf Placentarperiode und Naht kommt. Wochenbett leicht fieberhaft — Bronchitis und Fistel in der Mitte der Narbe, aus der sich mäßig viel Eiter entleert. — Jodoformgazetamponade; zuletzt Schwarzsalbenverband.

Entlassungsbefund am 31. Tage post op.: Uterus anflektiert, Fundus in Symphysenhöhe. Adnexe und Parametrien o. B. Die Fistelwunde ganz oberflächlich, im übrigen die Narbe linear. Keine Beschwerden.

42. H. T., 25 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 419. Die Frau hat angeblich keine Rhachitis gehabt. Mit 14 Jahren Blinddarmentzündung. — Erste Menstruation im 15. Lebensjahr, regelmäßig, Dauer stets 8 Tage. Letzte Regel 25. November 1908. — Conj. diag. $10^1/_2$. Wehenbeginn 14. September 1909 um $^1/_2$11 nachm. Blasensprung 15. September um 4 Uhr vorm.

Am 15. September um 8 h. vorm.: Kopf hoch über dem Becken, Pfeilnaht quer in I. Schädellage gut und ziemlich fest auf den Beckeneingang eingestellt. Wehen schlecht. Um $^1/_2$10 h. Revision: Status idem, trotz der seit 8 h. eingenommenen Hängelage.

Transperitonealer Kaiserschnitt, linksseitig, weil I. Schädellage besteht. Es wird transperitoneal operiert, um Zeit zu sparen, und da natürlich die Bedingungen erfüllt sind. (Hebamme in Poliklinik nur einmal untersucht, Blasensprung vor 6 Stunden in der Klinik.)

Sehr kleiner Bauchschnitt, halb bis zum Nabel reichend, links durch den Obliquus. Außerordentlich leichte Verschieblichkeit des Peritoneum. Inzision in den Uterus, sodaß das Peritoneum leicht abziehbar ist. Anklemmen der beiden Peritonealblätter mit Klemmen. Inzision in den Uterus, der sehr lebhaft blutet. Entwickelung des Kindes mit Zange. Kind mit normaler Herzaktion, schlaff, nichtatmend; etwa 1 Minute nach der Entwickelung ein krampfhafter Atemzug. Nach der Entwickelung des Kindes und Abnabelung sieht man bereits die placentare Nabelschnurinsertion in der Wunde, sodaß es scheint, als ob ein retroplacentares Hämatom gebildet wäre. Versorgung einiger spritzender Gefäße der cervicalen Wunde, Reiben des Fundus uteri, Druck auf das Corpus und gleichzeitiger Zug an der Nabelschnur. Dabei folgt die

Placenta. Schließlich ist sie auch ganz vor den Bauchdecken, adhäriert befremdlicherweise aber immer noch, und die genaue Inspektion ergibt, daß der Uterus total invertiert ist und die Placenta noch mit der ganzen Fläche adhäriert. Ablösung der Placenta von der invertierten Uterusinnenfläche wie bei manueller Placentarlösung. Nachher nicht unbeträchtliche Blutung. Reinversion des Uterus, indem er einfach durch die cervicale Wunde gestopft wird. Er kontrahiert sich nachher ausgezeichnet. — Einzelnähte in die Cervixwunde; fortlaufende Muskelnaht der Cervix, darüber fortlaufende Peritonealnaht. Austupfen des Peritoneum. Definitiver Schluß in üblicher Weise; sehr kleiner Bauchschnitt, sehr kleiner Muskelschnitt.

Vollkommen reaktionsloser Wundverlauf. Entlassungsbefund am 18. Tage post op.: Uterus anteflektiert; Fundus in Höhe der Symphyse. Narbe linear, keine Druckempfindlichkeit. Keine Klagen. Wohlbefinden.

43. H. U., 25 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 487. Die Frau will stets gesund gewesen sein; mit $1^1/_2$ Jahren laufen gelernt. Erste Menstruation mit 16 Jahren, letzte Mitte Februar 09. Wehenbeginn 22. Oktober. 6 Stunden nach Blasensprung Einlieferung in die Klinik; Wehen seit 48 Stunden, das obere Cervixsegment ist nicht merklich gedehnt, dagegen sind die abhängigen Bauchpartien druckempfindlich. Temp. 37,4. Kopf in toto von außen über dem Becken tastbar, beweglich, hart, groß. Innere Untersuchung: Muttermund fünfmarkstückgroß, Blase gesprungen; ins kleine Becken hineinreichend eine nicht unbeträchtliche Kopfgeschwulst; Kopf noch beweglich auf dem Becken, große Fontanelle in der Nähe der Symphyse. Herztöne 140. — Da die Frau ein lebendes Kind wünscht, wird der extraperitoneale Kaiserschnitt gemacht. Blase nach dem Auffüllen symmetrisch gelegen. — Schnitt über Querfinger breit rechts von der Medianlinie, da das Hinterhaupt rechts liegt, durch den Muskel hindurch. Das Abschieben des Peritoneums stößt auf Schwierigkeiten; das Peritoneum reißt an einer kleinen Stelle ein, wird mit einem Catgutfaden abgebunden; weitere Verletzungen des Peritoneums werden vermieden. Die Cervix weicht beim Abschieben von selbst auseinander. Anlegen der Kaiserschnittzange. Extraktion gelingt zunächst nicht, weil die Zange nach dem Halse des Kindes zu abrutscht, gelingt aber nach neuer Anlegung. Peritoneum nicht eingerissen. Placenta durch Credé leicht entfernt. Naht in zwei Schichten. Nicht unbeträchtliche atonische Nachblutung. 3 Spritzen Secacornin. Naht der Blase an die Umschlagsstelle des Peritoneums. Da hierbei die Bildung von toten Räumen sich nicht vermeiden läßt, Einlegen eines Jodoformgazestreifens auf die Cervix, der zwei Querfinger oberhalb des Wundwinkels nach außen geleitet wird. Dauer der Operation 40 Min. Rekonvaleszenz vollkommen glatt.

Entlassungsbefund am 19. Tage post operat.: Uterus 2 Querfinger oberhalb der Symphyse. Adnexe o. B. Lochien leicht blutig. Bauchwunde geheilt bis auf ein erbsengroßes Granulationsknötchen im unteren Drittel.

44. A. S., 25 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 540. Die Frau war angeblich stets gesund. Erste Menstruation mit 16 Jahren, stets regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzte Menstruation Mitte Februar 1909.

Beim Blasensprung um 11 Uhr fließt stark meconiumhaltiges Fruchtwasser ab. Die Herztöne sind nicht mehr vollständig rhythmisch. Muttermund handtellergroß. Kopf in hinterer Scheitelbeineinstellung. Etwas

sanguinolenter Urin. Dehnung im unteren Cervixsegment. Kontraktionsring etwa 4 Querfinger oberhalb der Symphyse. Beim Anfüllen der Blase zeigt sich, daß dieselbe links liegt und so wird nunmehr, obwohl es eine I. Schädellage ist, über fingerbreit rechts von der Linea alba inzidiert. Nach Durchtrennung der Muskulatur wird mit Tupfern nach und nach die Blase nach abwärts gedrängt, ihres Peritonealüberzuges entblößt und, ohne daß das Peritoneum eröffnet wird, ein genügend breiter Raum für die Entwickelung des Kindes geschaffen. Darauf Inzision der freigelegten Cervixwand. Dieselbe ist gedehnt, jedoch nicht so gedehnt, als man vermutet hatte. Entwicklung des Kopfes mit der Zange. Das Kind, ein Knabe, ist asphyktisch, wird jedoch wiederbelebt. Gewicht 3350 g. Kopfumfang 37 cm.

Zweischichtige Naht des Uterus. Naht der Blase an die Umschlagsfalte. Schluß der Bauchwunde in üblicher Weise. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunden. Rekonvaleszenz gestört durch Eiterung aus dem Drainagekanal und durch Pneumonie; Temperatur entsprechend erhöht.

Entlassungsbefund am 33. Tage post op.: Vagina eng, Muttermund geschlossen, virginell. Uterus retroflektiert, beweglich. Narbe gut verheilt, unempfindlich, reaktionslos.

45. P. G., 40 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 668. Angeblich niemals krank gewesen. Erste Menstruation mit 12 Jahren. Vor 22 Jahren Abort im 2. Monat, nachher nicht mehr gravid. Letzte Periode 19. Februar 1909.

Beckenmaße: Sp. 24, Cr. 26, Conj. ext. 20, diag. $10^3/_4$.

Nach über 24stündiger klinischer Beobachtung ergibt sich, daß trotz Eröffnung des Muttermundes der Kopf keineswegs die Tendenz hat, sich zu konfigurieren und ins Becken einzutreten. Meconiumabgang. Temp. 37,5, Urin sanguinolent — enthält Albumen. Kopf steht in Vorderhauptseinstellung auf dem Beckeneingang und ist noch gar nicht ins Becken eingetreten; Rücken ganz hinten. Es wird jetzt, 56 Stunden nach dem Blasensprung, der cervicale Kaiserschnitt gemacht, mit der Tendenz extraperitoneal zu operieren. Da die Blase mehr links liegt und das Hinterhaupt rechts hinten, so wird rechts eingeschnitten. Sehr viel geblähte Därme vor dem Uterus. Es wird versucht die Blase abzuschieben, die Blase nach unten, das Peritoneum nach oben. Hierbei reißt jedoch das Peritoneum breit ein, und es ergießt sich nicht ganz unbeträchtliche, klare Ascitesflüssigkeit aus dem Bauch. Namentlich in Rücksicht auf diesen Befund wird jetzt der Gedanke, extraperitoneal zu operieren, aufgegeben, und es soll transperitoneal vorgegangen werden. Einschneiden des Serosaüberzuges der freiliegenden oberen Cervix- und unteren Corpuspartie, Anklemmen desselben an die Serosa parietalis, Einschneiden des Uterus. Es entleert sich stinkendes Fruchtwasser. Wendung auf den Fuß; Extraktion eines schwer asphyktischen, 3070 g schweren Kindes, weiblichen Geschlechts, das schließlich wiederbelebt wird. Expression der Placenta. Dieselbe ist, sowie die Eihäute vollständig. Naht der Uteruswunde in 2 Schichten. Hierauf Entfernung der Peritonealklemmen und Naht der Serosa des Uterus fortlaufend. Es zeigt sich, daß nichts in den Bauch gelaufen ist. Wundversorgung derartig, daß ein Sack mit einem kleinen Streifen längs der Uterusnaht aufgelegt und ungefähr 2 Querfinger breit oberhalb des unteren Wundwinkels zu der in üblicher Weise ver-

schlossenen Bauchwunde herausgeleitet wird. Die Operation war erschwert durch die unglaublich dicken und teilweise mit Anasarca durchsetzten Bauchdecken der Frau. Dauer der Operation 1 Stunde und 10 Minuten.

Rekonvaleszenz langwierig: Bauchdeckenabszeß, Cystitis und Bronchitis. Temperatursteigerung jedoch nur während der ersten 11 Tage (bis höchstens 38,5° C), nachher stets normal. Entlassungsbefund am 53. Tage post op.: Uterus anteflektiert. Narbe glatt und gut verheilt. Keinerlei Schmerzen. Wohlbefinden.

46. B. H., 32 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 761. Als Kind Rhachitis. Erste Menstruation mit 21 Jahren. 3 normale Geburten. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 27, Conj. ext. 18, diag. 10,5, vera 10.

Beim Blasensprung um 7^{15} abends fließt stark meconiumhaltiges Fruchtwasser ab. Auskultation der Herztöne ergibt, daß dieselben auf 100—104 pro Min. verlangsamt und leise sind. Uterus dauernd etwas kontrahiert. Darauf 0,01 Morphium subcutan. Die sofort vorgenommene innere Untersuchung ergibt: Muttermund drei- bis fünfmarkstückgroß. Blase gesprungen. Kopf in II. Schädellage auf dem Beckeneingang völlig beweglich, etwas nach links abgewichen. Kopf sehr hart und groß. — Cervicaler Kaiserschnitt in üblicher Weise. Kopf in II. Schädellage; Blase links. Bauchschnitt $1^1/_2$ cm rechts von der Linea alba. Es gelingt ohne besondere Schwierigkeiten die ziemlich tief nach unten verlaufende Umschlagsfalte der vorderen Douglasfalte nach oben und die Blase nach unten zu drängen und damit an die Cervix zu gelangen. Nachdem auf diese Weise, ohne daß das Peritoneum verletzt wird, eine genügende Strecke freiliegt, wird dieselbe inzidiert, wobei sich zeigt, daß dieselbe recht dünn ist. Entwickelung des Kopfes mit der Kaiserschnittzange. Das Kind ist tief asphyktisch; wiegt 2640 g, 52 cm lang, wird wiederbelebt. Nachher wird die Placenta mittels Credé eliminiert. Zweischichtige Naht der Cervix. Peritoneum nicht verletzt. Schutzstreifen hinter die Blase. Naht der Blasenwand ans Peritoneum quer von links nach rechts. Schluß der Bauchwunde in üblicher Weise. Dauer der Operation 45 Minuten, bis zur Eliminierung des Kindes 15 Minuten.

Rekonvaleszenz völlig glatt; keine Temperaturerhöhung. Entlassungsbefund am 24. Tage post. op.: Tastbefund ergibt normale Verhältnisse. Narbe gut verheilt.

47. P. W., 27 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 769. Die Frau war angeblich stets gesund. Letzte Regel 20. April 1909. Wehenbeginn 3. Februar 1910, 8h. a. m. Blasensprung 3. Februar 1910, 4h. p. m. Conj. diag. 11 cm.

Kreißende wird am 4. Februar aus der Poliklinik hereingebracht, angeblich 24 Stunden nach Wehenbeginn und 14 Stunden nach Fruchtwasserabgang. I. Schädellage, keine Dehnungserscheinungen; Kind schwer geschädigt, sehr unregelmäßige, zum Teil sehr verlangsamte Herztöne. Meconium im Fruchtwasser. Fruchtwasser stinkend. Blase median. I. Schädellage, Kopf hoch über dem Becken, nicht die geringste Neigung einzutreten. Zur Rettung des Kindes extraperitonealer Kaiserschnitt nach bekannter Methode. Schnitt links. Abtrennung des Peritoneum gelingt gut und vollständig, Blase ein wenig verdünnt. Kind wird leichenschlaff, ohne Nabelschnurpuls entwickelt. Wiederbelebungsversuche erfolglos. Schutzstreifen.

Rekonvaleszenz gestört durch Bildung einer Blasen-Bauchdeckenfistel, welche per granulationem von selbst ausheilt; Verlauf leicht fieberhaft.

Entlassungsbefund am 29. Tage post. op.: Narbe fest vereinigt. Am unteren Ende eine einmarkstückgroße Granulationsfläche. Uterus eleviert, anteflektiert, mit der Bauchwand verwachsen. Adnexe o. B. Urinentleerung regelrecht.

48. H. B., 31 J. Jahrgang 1909/10. Journ.-Nr. 834. Die Frau hat Rhachitis gehabt; mit 7 Jahren laufen gelernt. Eltern an Schwindsucht gestorben. Erste Menstruation mit 13 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. 1 Partus — Sectio caesarea am 12. Oktober 1903 in hiesiger Klinik.

Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 27, Conj. ext. 15, diag. 8¼, doppeltes Promontorium, vera 7¼ (oberes Prom.)

Die Kreißende befindet sich seit 14 Tagen in der Klinik, wünscht dringend Sterilisation; sie kreißt seit dem 9. März abends. Am 10. März um 8 Uhr vormittag: Blase steht, Muttermund fast vollständig erweitert, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. I. Schädellage; großes Kind. Zweimal nur mit Gummischutz untersucht. Herztöne gut.

Transperitonealer Kaiserschnitt, links neben der Linea alba, also links von der alten Narbe. Ausgiebiger Uterusschnitt, leichte Entwickelung des Kopfes mit der Kaiserschnittzange. Mädchen 3740 g, 51 cm lang.

Das Kind hat nach der Geburt ganz normalen Puls, atmet nicht, sieht gut aus, Glieder schlaff. Nachdem es 1—2 Minuten an der Nabelschnur gehangen hat, wurde der Puls langsamer, dennoch atmete es nicht. Darauf wurde es, ohne daß Wiederbelebungsversuche gemacht wurden, ganz blau; kommt ins Bad und fängt jetzt an zu atmen. Exspirationsluft riecht deutlich nach Äther. — Sehr lange Dauer, ehe Uterus sich kontrahiert. Nach ca. 25 Min. Credé, Placenta und Eihäute vollständig. Naht der Cervix, die in den unteren Partien dünn ist, in der Tiefe mit einigen einzelnen, darauf mit fortlaufender Naht. Darauf Sterilisation. Die Adnexe lassen sich gut aus dem Schnitte herausziehen. Die alte Narbe ist nirgends adhärent, nur an der rechten Uteruskante einige Filamente. Weiterer Verlauf mit leichten Fieberbewegungen ohne Besonderheiten. Entlassungsbefund am 20. Tage post op.: Seröse Lochien; Laparotomiewunde p. p. geheilt; virginelle Portio, Uterus faustgroß, scharf anteflektiert, anscheinend vorn an der Bauchwand adhärent. Adnexgegenden o. B.

In den 48 Fällen von Sectio caesarea ist 23mal der konservative oder klassische Kaiserschnitt und 25mal der cervicale Kaiserschnitt gemacht worden. In diesen 25 Fällen ist 16 mal rein extraperitoneal und 9mal transperitoneal bezw. tiefperitoneal operiert worden. Die Entscheidung, ob klassischer oder cervicaler Kaiserschnitt gemacht werden sollte, wurde in der ersten Zeit der neuen Periode des cervicalen Kaiserschnittes so getroffen, daß in Fällen, wo eine Infektion des Uteruscavum ausgeschlossen war, der klassische Kaiserschnitt gewählt wurde; war Verdacht

auf Möglichkeit einer Infektion vorhanden, — hat innere Untersuchung außerhalb der Klinik stattgefunden, bestand Temperaturerhöhung, oder war längere Zeit nach dem Blasensprung verstrichen — sogenannte unreine Fälle — so trat der extraperitoneale Kaiserschnitt, bezw. transperitoneale, in seine Rechte. Der cervicale Kaiserschnitt wurde meist mit dem Bestreben gemacht, extraperitoneal zu operieren. Gelang dies nicht, so wurde erst dann, wie Küstner sagt: „der Kompromiß zwischen dem ursprünglich Gewollten und dem technisch Möglichen gemacht", d. h. transperitoneal operiert.

Wie aus den Krankengeschichten ersichtlich ist, ist der Kaiserschnitt 46 mal aus relativer und nur 2 mal (Fall 18 und 28) aus absoluter Indikation gemacht worden.

Wiederholt ist der Kaiserschnitt schon vorher mit den Frauen verabredet worden, und zwar gewöhnlich dann, wenn vorangehende Geburten bei gründlicher exspektativer Leitung gezeigt haben, daß ein reifes Kind per vias naturales lebend nicht geboren werden kann. Solche Frauen kamen im letzten Monat in die Klinik und wurden vor unberufener innerer Untersuchung geschützt oder womöglich innerlich gar nicht mehr untersucht. Kurz nach Wehenbeginn wurde dann die klassische Sectio caesarea ausgeführt. Aber auch ohne vorherige Verabredung mit der Frau wurde der Kaiserschnitt ausgeführt — selbstverständlich mit ihrer Zustimmung — wenn sich intra partum herausgestellt hat, daß die Geburt eines lebenden Kindes auf natürlichem Wege unmöglich ist.

Als Prinzip für den Zeitpunkt des klassischen Kaiserschnittes galt es bei vorheriger Abrede, nach Wehenbeginn bei stehender Blase zu operieren. Stehende Blase war jedoch nicht unumstößliche Vorbedingung für die Ausführung der klassischen Sectio caesarea. Ist die Kreißende von unberufenen Händen nicht untersucht worden, so ist auch nach Blasensprung — allerdings kurze Zeit darauf — der klassische Kaiserschnitt ausgeführt worden. Vor Wehenbeginn ist nicht operiert worden.

In 44 Fällen lag enges Becken vor; in einem von diesen Fällen (Fall 3) gab außer dem engen Becken die Schonungsbedürftigkeit der Narbe einer vor 4 Jahren vorgenommenen Blasenscheidenfisteloperation die Indikation für den Kaiserschnitt ab.

4mal waren es Tumoren, welche Veranlassung zum Kaiserschnitt gegeben haben, und zwar: einmal ein mutmaßlich von der rechten Wand des kleinen Beckens ausgehender Tumor, (absolute Indikation — Fall 18), zweimal ein Cervixcarcinom (Fall 24 und 35) und einmal ein paravaginaler zystischer Tumor (absolute Indikation — Fall 28).

Was die Länge der Conjugata vera beim engen Becken anbetrifft, so betrug sie in 4 Fällen (12, 14, 22 und 38) $6^3/_4$—7 cm, in 12 Fällen (1, 2, 4, 5, 8, 10, 13, 20, 25, 40, 41 und 48) $7^1/_4$—8 cm, in 19 Fällen (3, 6, 9, 11, 15, 16, 17, 21, 27, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 39, 42, 43 und 45) über 8—9 cm, in 5 Fällen (19, 23, 34, 44, und 47) $9^1/_2$ cm, in einem Fall (46) sogar 10 cm. In Fällen, bei denen die Angaben über die Länge der Conjugata vera fehlten, habe ich dieselbe so festgestellt, daß ich von der Conjugata diagonalis $1^1/_2$ cm abzog. Beim Fall 33 fehlte auch die Angabe der Conjugata diagonalis.

Wir sehen also, daß die relative Indikation in der letzten Zeit immer weitere Anwendung findet. Einen Kaiserschnitt wegen Placenta praevia auszuführen, wie es in letzter Zeit von Sellheim, Krönig und anderen empfohlen wird, sahen wir uns in der hiesigen Klinik nicht genötigt, da die Verhältnisse nicht derart lagen, als daß man von der Methode der Hystereuryse hätte Abstand nehmen müssen. In der Regel gab also das Mißverhältnis zwischen Kind und Becken die Indikation für den Kaiserschnitt ab.

Von 48 Fällen betrafen 19 Erstgebärende (= 39,6%), also ein relativ hoher Prozentsatz; eine Erklärung hierfür dürfte darin zu suchen sein, daß bei 15 Frauen von diesen 19 der extraperitoneale Kaiserschnitt gemacht wurde. Es ist sicher anzunehmen, daß man sich früher, ehe die Methode des extraperitonealen bezw. transperitonealen Kaiserschnittes bekannt war, nicht so leicht zur suprasymphysären Entbindung hätte entschließen können; ja, man hätte gewiß auf sie verzichten müssen, weil für den Kaiserschnitt Kontraindikationen bestanden, vielleicht hätte man die Hebosteotomie wählen müssen.

Bei den Wiederholtgebärenden mit engem Becken sind künstliche Frühgeburten, Totgeburten und Perforationen mitunter bei derselben Frau wiederholt vorgekommen. — Die künstliche Frühgeburt ist bei 3 Frauen 7 mal eingeleitet worden, und zwar im Fall 2 und 20 je einmal, im Fall 29 — 5 mal. Von

den 7 frühgeborenen Kindern starben 4 nach 1—3 Tagen, 1 nach 10 Wochen, 1 nach 1¼ Jahr, 1 blieb am Leben. Bei 8 Frauen (Fall 3, 4, 5, 7, 11, 15, 20 und 29) sind Totgeburten 11 mal vorgekommen. Die Perforation wurde bei 15 Frauen (Fall 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 20, 21, 22, 30, 31, 34 und 40) 20 mal vorgenommen; im Fall 13 wurde ein lebendes, im Fall 20 auch ein lebendes, aber bereits sterbendes Kind perforiert. Spontangeburt mit lebendem Kind ist 4 mal (Fall 2 und 46) zu verzeichnen; das Kind im Fall 2 ist jedoch bald post partum gestorben. Zangengeburt mit lebendem Kind finden wir einmal (Fall 31).

Zum zweitenmal ist die klassischeSectio caesarea in 6 Fällen ausgeführt worden. (Fall 2, 4, 5, 10, 21 und 26), einmal zum drittenmal im Fall 25 (identisch mit 5). Die cervicale Sectio caesarea ist beim Fall 36 zum zweitenmal vorgenommen worden. Im Falle 38 ist im Jahre 1907 die klassische Sectio caesarea und am 14. August 1909 die cervicale ausgeführt worden. Ebenso verhält sich Fall 48, wo im Jahre 1903 die klassische und am 10. März 1910 die cervicale Sectio caesarea gemacht wurde.

Was die Fälle 18 und 28 anbetrifft, so waren es Tumoren, welche bei ihnen die absolute Indikation für den Kaiserschnitt abgaben. Da sämtliche Details in den betreffenden Krankengeschichten ausführlich angegeben sind, so bedürfen sie an dieser Stelle keiner weiteren Besprechung mehr.

Im Falle 24 und 35 lag Cervixcarcinom vor; die Frauen waren gravid; der Uterus reichte mit Fundus in beiden Fällen etwa 2 Querfinger über den Nabel. Daraus konnte geschlossen werden, daß der Fötus vielleicht 32 cm lang sein konnte, darum mußte die Operation im Sinne des Kaiserschnittes gemacht werden und der Fötus vor der Exstirpation des Uterus aus demselben herausgenommen werden. Die Föten starben nach einigen Minuten trotz Wiederbelebungsversuchen. Beide waren nicht lebensfähig. Nach Elimination des Fötus wurde der Uterus zusammengeklemmt, die Placenta in ihm gelassen. Die Exstirpation des carcinomatösen Uterus war in beiden Fällen gut möglich und relativ leicht. Infolge der Gravidität waren die Gewebe sehr bequem trennbar. Weil aber jedes kleine Gefäß leicht riß und stark blutete, war die Blutung nicht unbedeutend. — Im Falle 24 ist die Frau gestorben. Im Falle 35 ist sie als geheilt entlassen worden; allerdings war es in

diesem Falle nicht möglich gewesen, radikal zu operieren. Ein Drüsenpaket auf der Iliaca communis sinistra und eine Lumbaldrüse nahe der Bifurkation der Iliaca communis dextra mußten zurückgelassen werden.

Da nun die Möglichkeit besteht, einen carcinomatösen graviden Uterus zu entfernen, so muß die Heilung und das Leben der Mutter vor allen Dingen berücksichtigt werden, d. h. die Zeit für eine eventuelle bessere Entwickelung der Frucht darf nicht zu lang werden, da ein Carcinom bei Schwangerschaft sehr rasch wächst und sich ausbreitet. Küstners Standpunkt in Fällen, wo eine Komplikation von Schwangerschaft mit Carcinom besteht, ist folgender: „Möglichst sofortige abdominale Exstirpation des Uterus; ist die extrauterine Lebensfähigkeit des Kindes in wenigen Wochen zu erreichen, mag sie abgewartet werden, bedarf es dazu des Abwartens von noch viel Wochen, dann kann der Fötus keine Rücksicht beanspruchen."

Die Technik des klassischen Kaiserschnittes.

Es wird eine Inzision in die Bauchdecken in der Linea alba gemacht, etwa handbreit oberhalb des Nabels beginnend, denselben links umgreifend, und etwa handbreit unterhalb des Nabels endigend. Hierauf wird, wenn nötig, der Uterus durch Druck von den Bauchdecken her gerade gestellt. Um nun das Einfließen von Blut und Fruchtwasser in die Bauchhöhle zu verhindern, werden einige Gazetücher zwischen den Uterus und die Bauchwandungen eingeschoben. Alsdann folgt die Inzision an der vorderen Uteruswand in situ. Es wird noch das Peritoneum des Uterus an das Peritoneum der Bauchwunde mit einigen Hakenklemmen befestigt, um noch sicherer das Einfließen von Blut oder Fruchtwasser zu verhindern. Handelt es sich um Placenta praevia caesarea, so wird sie nach derjenigen Seite hin abgelöst, wo die Füße des Kindes liegen. Es folgt Sprengung der Fruchtblase und Extraktion des Kindes. Kurz vorher werden der Frau 2—3 Spritzen Secacornin injiziert. Hat sich der Uterus nach einigen Minuten an seine Inhaltsveränderung angepaßt, so werden Placenta und Eihäute herausbefördert; nötigenfalls werden sie vorher manuell gelöst; von einem Assistenten werden sie auf ihre Vollständigkeit geprüft. Jetzt wird der Uterus in drei, bei sehr dicken Wänden

in vier Schichten fortlaufend genäht. Als Nahtmaterial wird ausschließlich Kumolcatgut verwendet. Hierauf Toilette der Bauchhöhle — selten ist es nötig, etwas Blut aus derselben auszutupfen. Es folgt Integument-Fasciennaht mit Aluminiumbronzedraht. Am 14. Tage post operationem werden die Fäden gezogen. Die Operierten dürfen beim glatten Verlauf schon einige Tage vorher aufstehen. Sie stillen für gewöhnlich ihr Kind selbst.

In 7 Fällen ist starke Blutung vorgekommen; 6 mal war sie bedingt durch Placenta praevia caesarea, einmal durch Atonia uteri.

Bei Placenta praevia caesarea kamen in 11 Fällen 7 asphyktische Kinder vor = 63,6%; aber auch bei hinterem Sitz der Placenta sind in 10 Fällen 7 asphyktische Kinder verzeichnet = 70%; allerdings war der Grad der Asphyxie in diesen Fällen leichter als in den anderen.

In einem Falle (5) handelte es sich um Placenta praevia caesarea acreta.

Eine Beachtung verdienen die Befunde, die bei wiederholtem Kaiserschnitt erhoben worden sind: in zwei Fällen (2 u. 48) waren keine Adhäsionen vorhanden, in zwei Fällen (4 u. 5) waren sie ganz gering, in vier Fällen (10, 21, 25 u. 26) waren sie ziemlich stark und breit. Die Uterusnarbe war in allen diesen Fällen fest. Recht auffallend und außergewöhnlich war der Befund im Falle 38. „Nach Durchtrennung der Bauchdecken fanden sich allenthalben Adhäsionen; sobald diese getrennt waren, lag die Eiblase vor. Die Uteruswunde war also nach dem letzten Kaiserschnitt fast in ganzer Ausdehnung nicht geheilt, war dagegen mit der vorderen Bauchwand adhärent geworden und zwar nur unterhalb des Nabels entsprechend der Verkleinerung des Uterus nach der Operation; da nun bei der ersten Operation der Uterus bis auf den Fundus aufgeschnitten war, jetzt aber ein großer Teil des Uterus noch oberhalb des Nabels lag und in diesem das Kind, so muß dieser Teil ausschließlich hintere Wand gewesen sein. Der Uterus war also mit seiner ganzen vorderen Wand ventrifixiert, und seine hintere Wand war vorwiegend zum Fruchthalter umgewandelt worden."

Auf Wunsch der Frauen wurde im Anschluß an den Kaiserschnitt 6 mal die Sterilisation vorgenommen. Nachdem die

Erfahrung gelehrt hat, daß nach bloßer Exzision eines Segmentes der Tuben Schwangerschaft, und zwar uterine, dennoch eintreten kann, ist dieses Verfahren der Sterilisation verlassen worden. In der hiesigen Klinik wird die Sterilisation folgendermaßen ausgeführt: Nach Naht des Uterus werden die tubo-ovariellen Gefäße en masse unterbunden, hierauf wird die Tube von der Mesosalpinx bis zu ihrer Insertion am Uterus abgetrennt und aus dem Uterus keilförmig herausgeschnitten. Die Wunde wird fortlaufend mit Peritoneum übernäht.

Die Technik des cervicalen Kaiserschnittes war keine einförmige. In den ersten drei Fällen (16, 17 u. 19) sind die Bauchdecken quer knapp drei Querfinger oberhalb der Symphyse durchtrennt worden. Darauf ist die Fascie von den Recti abgetrennt und die Recti sind durchschnitten worden. Im Falle 23, 27 u. 28 ist statt des Querschnittes der Längsschnitt in der Linea alba gemacht worden, er reichte noch nicht ganz bis zum Nabel. Im oberen Drittel des Schnittes wurde die Fascie nicht getrennt. Bei den folgenden Fällen wurde mit der Schnittführung individualisiert. Nachdem nämlich durch Untersuchungen des Herrn Geheimrat Küstner an Schwangeren durch Anfüllung der Blase festgestellt worden war, daß die Lage der Blase von der Lage des Uterus fast garnicht oder nur im geringen Maße abhängig ist, und daß sie bei Graviden recht unkonstant ist, wurde infolgedessen bei Rechtslagerung der Blase der linke, bei Linkslagerung der rechte Lateralschnitt, etwa 2—3 cm von der Linea alba entfernt gemacht. Lag die Blase median, so wurde auf der Seite des kindlichen Hinterhauptes eingeschnitten, weil die Entwickelung des Kindskopfes mit dem Hinterhaupte infolge der größeren Flexibilität der Halswirbelsäule nach hinten bedeutend leichter ist als umgekehrt. Jedesmal wurde die Blase mit soviel steriler Flüssigkeit gefüllt, als sie halten konnte, durchschnittlich mit 300—400 ccm. Nur in einem Fall (23) ist dies nicht gelungen. Die Vorteile, welche die Blasenfüllung bietet, sind sehr bedeutungsvoll. Die paravesicale Plica wird durch die Blasenfüllung gehoben und nach oben dislociert. Infolgedessen ist die Orientierung über die topischen Verhältnisse und auch das Operieren in einem nicht unbeträchtlichen Maße erleichtert. Alsdann wurde das Peritoneum von der oberen Blasenwand und von der vorderen Bauchwand abgetrennt und die Cervix, sobald sie ausreichend

frei lag, longitudinal, eventuell schräg eingeschnitten. Die Entwickelung des Kindskopfes war in den ersten Fällen stets mit Schwierigkeiten verbunden. Die große Naegelesche Zange hat sich hierzu als unpraktisch erwiesen. Manchmal gelang die Entwickelung nach Einführung eines Zangenblattes, manchmal erst durch Hineindrängen des Kopfes von der Vagina aus zur Uteruswunde. Durch die von Geheimrat Küstner angegebene Kaiserschnittzange sind die Schwierigkeiten überwunden. „Es ist eine schmalblättrige Kopfzange, welche aber keine Beckenkrümmung besitzt, sondern bei welcher die Griffe gegen die Fläche der Löffel abgebogen sind. Man kann diese Krümmung der Kaiserschnittzange die Bauchkrümmung nennen. Sie ist kurz wie eine Smellie'sche Zange. Diese Zange läßt sich durch die Uteruscervixwunde leicht an den Kopf derart applizieren, daß der eine Löffel nach hinten, der andere nach vorne gelegt wird. Da der Kopf stets quer steht, fassen ihn beide Löffel über seine beiden Seiten. Damit gelingt die Entwickelung des Kopfes leicht, ohne daß Wunden und Weichteile gequetscht und insultiert werden[1])." Die Lösung der Placenta wurde stets den natürlichen Kräften überlassen, mitunter mittels Credé herausbefördert. Es wurde dann die Cervix fortlaufend genäht. Besonders wurde jedesmal Wert darauf gelegt, daß die Blase mit der Plica vernäht wurde. Die Bauchwunde wurde durch Drahtachternaht versorgt. In einigen Fällen (cf. Tabelle) wurde die Tiefe der Wunde mit Gaze gestopft und ein Teil offen gelassen. War Eiterung eingetreten, so wurde diese mit feuchten Verbänden, Drainage und Leukofermentin behandelt. Die Heilung der schließlich granulierenden Wunde wurde durch Salbenverbände unterstützt.

Im Falle 36 wo der extraperitoneale Kaiserschnitt zum 2. Male gemacht werden sollte, gelang das rein extraperitoneale Operieren nicht. Die narbige Beschaffenheit der Umschlagsstelle des Peritoneums war so fest, daß die Abschiebung desselben unmöglich wurde.

Von 24 cervicalen Kaiserschnitten sind 16 extraperitoneal ausgeführt worden. Unter diesen 16 finden sich 4, bei welchen das Peritoneum ein wenig einriß. Die entstandene Öffnung

[1]) O. Küstner. Über den extraperit. Kaiserschnitt . . . . . Münchener Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 34.

wurde 3 mal sofort vernäht. Im Falle 19 erst nach Entwickelung des Kindes. In 12 Fällen ist also das rein extraperitoneale Operieren vollkommen gelungen. 7 mal ist der transperitoneale und 2 mal der tiefe, offene, peritoneale Kaiserschnitt ausgeführt worden.

Was den transperitonealen Kaiserschnitt anbetrifft, so sehen wir aus unseren 9 Fällen — und noch mehr aus den Publikationen derer, welche das transperitoneale Operieren bevorzugen daß auch dieses Operationsverfahren gute Resultate liefert. Der Wert des transperitonealen Verfahrens ist jedoch dem des extraperitonealen nicht gleichzusetzen. Mögen parietales und cervicales Peritoneum noch so dicht und fest mit einander vernäht werden, so ist der Schutz gegen den Eintritt von infektionsverdächtigem Fruchtwasser oder Cervixsekret in die Peritonealhöhle doch nicht so sicher wie bei völlig intaktem Peritoneum.

Ob nun der cervicale Kaiserschnitt den corporealen (klassischen) vom Operationsfeld völlig verdrängen wird, läßt sich mit absoluter Bestimmtheit nicht sagen. Technisch ist der klassische Kaiserschnitt viel leichter als der cervicale rein extraperitoneale. Beim Vergleich der Resultate könnte man sagen, daß beide gleich gut sind. Jedoch die Vorteile des cervicalen extraperitonealen Kaiserschnittes sind von hoher Bedeutung:

1. Man kommt mit dem Inhalt der Peritonealhöhle garnicht in Berührung. Die Gefahr einer Peritonitis wird also möglichst entrückt.
2. Die Frau verliert bedeutend weniger Blut, wenn die aufgebrachte, dünne Cervixmuskulatur eingeschnitten wird als bei Inzision der dicken Corpusmuskulatur.
3. Die Nachgeburtsperiode läuft normal ab, d. h. die Lösung der Placenta wird lediglich durch die Uteruskontraktionen bewerkstelligt.
4. Den extraperitonealen Kaiserschnitt darf man auch nach dem Blasensprung und bei Infektionsverdacht ausführen. Man kann sich infolgedessen bei der Leitung der Geburt beim engen Becken längere Zeit exspektativ verhalten. — So finden wir bei unseren Fällen mehr als $^2/_3$, wo eine klassische Sectio caesarea hätte nicht mehr ausgeführt werden können.

In Anerkennung dieser Vorteile und in Anbetracht von Beseitigung der Schwierigkeiten der Kopfentwickelung beim

cervicalen Kaiserschnitt mittels der Küstner'schen Zange verdient der cervicale Kaiserschnitt den Vorzug vor dem klassischen corporealen. Nur ausnahmsweise könnte die Eröffnung des Corpus indizierter erscheinen als die der Cervix. Sie müßte beim Carcinom gemacht werden, wenn man nachher die Exstirpation des Uterus vornehmen will. Sollte bei Placenta praevia einmal der Kaiserschnitt gemacht werden, Vorbedingungen vorausgesetzt, d. h. „reiner Fall" — so würde es auch in diesem Falle zweckmäßiger, das Corpus zu eröffnen als die Cervix.

Betrachten wir nun den Verlauf der Wochenbetten, so finden wir 7 mal (Fall 9, 20, 22, 40, 42, 43 u. 46) völlig fieberfreien Verlauf; 1—3 Temperatursteigerungen sind vermerkt in 10 Fällen (3, 5, 11, 12, 25, 29, 34, 37, 38, u. 48); in den übrigen Fällen bestand Temperatursteigerung während mehrerer Tage; sie war meistens bedingt durch andere interkurrente Krankheiten, wie Bronchitis, Pneumonie, Parotitis etc. In 10 Fällen von Sectio caesarea cervicalis fieberten die Frauen infolge von Eiterung. Obwohl auch in diesen Fällen der Zustand keinen Anlaß zu einer größeren Besorgnis gab, so mußten doch die Frauen ein längeres Krankenlager durchmachen. Im Fall 1 ist das Wochenbett durch Verlegung beider Schenkelvenen kompliziert gewesen.

Einer Erwähnung bedarf noch die Wundheilung und die Entlassungsbefunde. Ich berücksichtige zuerst den corporealen Kaiserschnitt.

Unter 23 Fällen ist eine Keimwirkung einmal in Form von Thrombophlebitis (Fall 1) und dreimal in Form von Stichkanaleiterung (4, 9 und 15) vorgekommen. Im Falle 15 ist die Frau an Peritonitis zugrunde gegangen. Nach der Operation trat Pneumonie beider Unterlappen auf. Diese beherrschte das Bild in den Tagen nach der Operation, auf sie wurde das bestehende Fieber bezogen und anscheinend mit um so mehr Recht, da auch nicht die geringsten Erscheinungen von peritonealer Reizung zur Beobachtung gekommen waren. Bei der Nahtentfernung zeigte es sich, daß alle Stichkanäle vereitert waren. In den nächsten Tagen wich die nur lose verklebte Bauchwunde auseinander; auch die Uteruswunde erwies sich als nicht geheilt; der Darmprolaps konnte nur mit Gazetamponade verhindert werden. Die totbringende Peritonitis ließ sich nicht mehr abwenden. Ferner ist es im Falle 24

(Sectio wegen Ca.) zur Eiterung gekommen. In Parametrien und Drüsen wurden bereits während der Operation Streptococcen nachgewiesen. Während des langen Krankenlagers mußten Abszesse von den Bauchdecken und der rechten Glutaealgegend eröffnet werden. Die Frau ist 63 Tage nach der Operation gestorben. Bei der Sektion fanden sich das Peritoneum einwandsfrei, die Abszeßwunden im Verheilen, die Drüsen auf der Aorta und der Cava carcinomatös degeneriert.

In den übrigen Fällen ist irgend ein Symptom peritonealer Reizung, wie Auftreibung, Vorwölbung des epigastrischen Winkels nicht zur Beobachtung gekommen. Was die Entlassungsbefunde anbetrifft, so finden wir den Uterus in 8 Fällen an der Bauchnarbe adhärent, in den übrigen Fällen frei beweglich, anteflektiert. Die Bauchnarbe war stets glatt und fest.

Was nun den cervicalen Kaiserschnitt anbetrifft, so ist es, wie ich schon erwähnt habe, zehnmal zur Eiterung gekommen. Bei 9 Fällen hat Infektionsverdacht bestanden (unreine Fälle), nur ein Fall galt als rein. Es darf demnach angenommen werden, daß man bei unreinen Fällen auf Eiterung gefaßt sein muß. Darum sollte es zur Regel werden, in solchen Fällen die Bauchwunde nicht ganz zu schließen, sondern in den unteren Winkel der Wunde einen Gazeschutzstreifen zu legen und so von vornherein für Abfluß des Sekretes zu sorgen.

Allerdings läßt sich die Diagnose, ob ein Fall rein ist oder nicht, mit der wünschenswerten Sicherheit zur rechten Zeit nicht stellen. Denn den Ausführungen Küstners gemäß ist Fieber kein sicheres Zeichen einer Infektion, da es sich ja um „einfaches Resorptionsfieber“ handeln kann, welches nach Beendigung der Geburt verschwindet. Auch die bakterioskopische Untersuchung der Sekrete führt nicht zum Ziel. Ein negativer Befund besagt garnichts; ein positiver dagegen besagt nur soviel, daß Mikroorganisme gefunden sind, ob sie aber zu einer gefährlichen Species gehören, läßt sich ohne Zuhilfenahme des biologischen Versuches nicht sagen. Für diesen aber reicht die Zeit nicht aus. — Der Infektionsverdacht ist stets begründet, wenn man an der Frau einen klassischen Kaiserschnitt nicht ausführen dürfte, d. h. wenn die Frau außerhalb der Klinik von nicht einwandsfreien Händen untersucht wurde, und wenn nach dem Blasensprung längere Zeit verstrichen ist.

Was nun die Entlassungsbefunde anbetrifft, so war der

Uterus in sechs Fällen an den Bauchdecken adhärent, in einem Falle (34) retrovertiert-flektiert, mobil. Im Falle 28 war der Uterus sinistroponiert und vaginifixiert. Die Laparotomienarbe war 12 cm lang und ca. 3 cm breit; in ihrem oberen Teil bildete sie eine kleinapfelgroße Hernie. In den übrigen Fällen lagen normale Verhältnisse vor. Die Bauchnarbe war in Fällen, wo Eiterung eingetreten war, wo also eine prima intentio nicht erzielt werden konnte, nicht so glatt und strichförmig wie in den anderen, sie war jedoch stets fest und unempfindlich.

In zwei Fällen konnten die Verhältnisse nach beendeter Heilung vom Abdomen aus betrachtet werden. Im Falle 36 wurde der cervicale Kaiserschnitt zum zweiten Male gemacht. Extraperitoneal zu operieren, gelang es nicht. Wo nämlich die Plica von den Bauchdecken auf das Paracystium umschlug, befand sich, wenn auch in geringer Ausdehnung festes Narbengewebe, welches die Ablösung des Peritoneums unmöglich machte. Ferner wurde bei der Frau M. B. (Fall 23) am 14. Juli 1909 eine Laparotomie gemacht wegen einer Bauchnarbenhernie. Hier waren die topischen Verhältnisse der Plica vesicouterina vollständig normal; es war ihnen nicht anzusehen, daß ein extraperitonealer Kaiserschnitt gemacht worden war. Im Abdomen bestanden keine Adhäsionen. Der Uterus war nirgends fixiert, er lag steil retrovertiert-flektiert. In der Cervix selbst war eine Art Narbe zu tasten. Ob diese Retroversioflexio uteri im ursächlichen Zusammenhange mit dem vor einem Jahre gemachten extraperitonealen Kaiserschnitt steht, muß unentschieden bleiben. Es bestand keine vordere narbige Fixur der Cervix, welche diese Annahme rechtfertigen könnte. Weitere Beobachtungen und Erfahrungen müssen abgewartet werden.

Was nun den Ausgang der 48 Fälle von Sectio caesarea anbetrifft, so haben wir drei Todesfälle zu verzeichnen. Der Fall 24 ist jedoch auszuschalten, da hier die Operation nicht des Kaiserschnittes wegen, sondern wegen Exstirpation eines carcinomatösen graviden Uterus unternommen wurde. Es bleiben also zwei Todesfälle auf 47 Kaiserschnitte, und zwar ein Todesfall (Fall 15) auf 23 klassische Kaiserschnitte und ein Todesfall (Fall 17) auf 24 cervicale Kaiserschnitte. Die Mortalitätsziffer für Mütter beträgt somit 4,25%. Beide Frauen sind an Peritonealstreptomykose zugrunde gegangen. Im Falle 15 ist die corporeale Sectio caesarea 36 Stunden nach Wehen-

beginn und etwa 14 Stunden nach Blasensprung ausgeführt worden. Die Frau wurde nur in der Klinik mit gummibehandschuhter Hand innerlich untersucht. Der Fall galt als rein, deshalb wurde die klassische Sectio caesarea gemacht. Hätte man die extraperitoneale Sectio caesarea ausgeführt, so wäre die Frau vielleicht nicht zugrunde gegangen. Im Falle 17 wurde die cervicale Sectio caesarea gemacht; der Versuch extraperitoneal zu operieren mißlang. Das Peritoneum riß ein. Der Riß wurde im Verlaufe der Operation größer, die Inzision der Cervix, die Entwickelung von Kind und Placenta wurde bei offenem Peritoneum gemacht. Erst dann wurde das Peritoneum vernäht. Trotzdem die Operation mit allen Methoden des antibakteriellen Schutzes gemacht worden war, ist es doch zu einer Infektion gekommen; aber auch in diesem Falle war die Blase vor nicht festzustellender Zeit gesprungen.

Von 48 Kindern sind 3 gestorben und 1 tot geboren. Im Falle 24 und 35 (Kaiserschnitt wegen Carcinom) waren die Früchte nicht lebensfähig. Im Falle 4 war das Kind unreif. Der Kaiserschnitt mußte gemacht werden; es bestanden Wehen; die Gefahr einer Uterusruptur (Sectio caes. zum 2. Mal) war vorhanden. Im Falle 47 wurde bereits ein totes Kind extrahiert. Die Frau wurde 24 Stunden nach Wehenbeginn, 14 Stunden nach Blasensprung in die Klinik eingeliefert. Das Kind war schwer geschädigt, Herztöne waren sehr verlangsamt und unregelmäßig. Zur Rettung des Kindes wurde der Kaiserschnitt gemacht, jedoch leider zu spät. — Von 46 Kindern (da Fall 24 und 35 auszuschalten ist) ist also 1 gestorben und 1 bereits tot geboren. Die Mortalitätsziffer für Kinder beträgt somit 4,35%.

Nun will ich noch die früheren Publikationen berücksichtigen, welche den Kaiserschnitt an der hiesigen Frauenklinik betreffen. Es sind die Arbeiten von Hahn (1899), Thomas (1902) und Banasz (1907).

Die Hahnsche Arbeit betrifft 11 konservative Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitt; in sämtlichen Fällen gab enges Becken die Indikation zur Sectio ab. Hahn hebt der abfälligen Kritik Hübls gegenüber die Vorteile der Fritsch'schen Methode des fundalen Querschnitts hervor: Man könne den Uterus, ohne ihn extraabdominal zu lagern, bequem entleeren, somit ist eine Quelle der Infektion mit Sicherheit ausgeschaltet. In

den ersten Fällen wurde der Uterus vorgewälzt. Eine Frau ist in einem solchen Falle an septischer Peritonitis zugrunde gegangen. Küstner sagte zu diesem Falle: „Da nun an den Operationsstellen nicht, wohl aber an der Hinterwand des Uterus, wo er auf den Bauchdecken aufgelegen hatte, Infektion stattgefunden hatte, so halte ich die Annahme für berechtigt, daß dieselbe in diesem Falle von den Bauchdecken ausgegangen war.“ Und gerade dieser Fall gebe brauchbares Material zur Beurteilung des queren Fundalschnittes. Wer den Uterus bei Anwendung des Fritsch'schen Schnittes hervorwälze, begebe sich des wesentlichsten Vorteiles dieser Schnittführung. Auch die Gefahr der Adhäsionsbildungen sei geringer, weil die Operation bei intraabdominal bleibendem Uterus zu machen sei, und infolgedessen das Peritoneum vor Insulten mechanischer und bakterieller Art während der Operation besser zu schützen sei. Als ein weiterer Vorteil des queren Fundalschnittes wird angegeben die geringe Blutung und die hämostyptische Wirkung der Naht, da die Gefäße im Gebärmuttergrunde vorwiegend quer verlaufen. Ferner verdiene Beachtung die beträchtliche Verkleinerung des Schnittes nach Elimination des Kindes und die glatt liegende Nahtlinie infolge der sich fast von selbst adaptierenden Wundränder. Im Prinzip will Hahn den fundalen Querschnitt angewandt wissen im Gegensatze zu Hübl, welcher ihn prinzipiell verwirft. — Was nun den Ausgang der 11 Fälle anbetrifft, so finden wir 2 Todesfälle der Mütter an septischer Peritonitis verzeichnet.

Thomas berichtet in seiner Arbeit ebenfalls über 11 Fälle von Kaiserschnitt. Nach einer geschichtlichen Einleitung folgen die Krankengeschichten und im Anschluß an sie die Besprechung der Indikationsstellung und der Technik. Es gab 4 mal Eklampsie und 7 mal das enge Becken Anlaß zur Sectio. Nur noch in den beiden ersten Fällen finden wir den fundalen Querschnitt angewandt. Die Argumente der Fritsch'schen Methode haben sich nicht als stichhaltig erwiesen. Hauptsächlich was die Frage der Blutung anbetrifft, haben sich die Erwartungen nicht bestätigt. Ein Hervorwälzen des Uterus ist unterblieben wegen der in der Hahn'schen Arbeit geschilderten Gefahren. Um jedoch den Uterus in situ inzidieren zu können, wird von Geheimrat Küstner folgende Methode angegeben und angewandt: „Unmittelbar nach Inzision werden die Wundränder des Uterus

an das Peritoneum parietale der Bauchwunde mit Peritonealklemmen befestigt und dann erst der Fruchtsack eröffnet. Um den Abschluß nach oben zu vervollständigen, wird in den oberen Wundwinkel ein Tuch eingeschoben.“ Für diese Methode wurde natürlich der Längsschnitt gewählt. Thomas stellt die 13 Fälle mit fundalem Querschnitt (d. h. 11 aus der Hahn'schen Arbeit und 2 aus seiner) den letzten 9 Fällen mit Längsschnitt gegenüber und hebt hervor 3 bemerkenswerte Schnittblutungen (=23 %) und 7 Atonien (=53,8 %) unter den erstgenannten, hingegen verzeichnet er unter den 9 Fällen mit vorderem Längsschnitt 3 bemerkenswerte Schnittblutungen (=33,3 %) und 1 Atonie (=11,1 %). Auf Grund dieser Gegenüberstellung glaubt er, daß der Querschnitt hinsichtlich der Blutung dem Längsschnitt nicht vorgezogen werden kann, da ja atonische Blutungen stets unangenehmer und gefährlicher sind als mäßige Schnittblutungen. Was die Beziehungen zwischen Vorliegen der Placenta beim Schnitt anbetrifft, so kommen auf 6 Fälle von Placenta praevia caesarea 5 asphyktische Kinder (=83,5 %), sämtliche wiederbelebt. Was Blutung anbetrifft, wenn die Placenta in den Schnitt fällt, so ergiebt sich, daß dieselbe dadurch nicht ungünstig beeinflußt wird (unter 6 Fällen ist die Blutung 2 mal als reichlich, 4 mal als unbeträchtlich bezeichnet). „Es geht also aus dieser Betrachtung hervor, daß für die Mutter daraus, daß die Placenta in den Schnitt fällt, keine Nachteile erwachsen, während das Kind allerdings eine schnell vorübergehende Schädigung erfährt; diese ist aber doch zu indifferent, um deshalb auf die großen Vorteile zu verzichten, die der vordere Medianschnitt in der hier üblichen Modifikation in sich schließt.“ — Was den Ausgang der 11 Fälle anbetrifft, so sind 6 Todesfälle verzeichnet. Befremdend wirkt die hohe Sterblichkeitsziffer! Zu berücksichtigen ist jedoch, daß 4 Frauen an Eklampsie und eine an Nephritis und beginnender Herzschwäche gestorben ist. Eine Frau ist an septischer Peritonitis zugrunde gegangen.

In der Arbeit von Banasz sind 28 Fälle von konservativer Sectio caesarea beschrieben. Die Technik blieb dieselbe wie in den 9 Fällen mit vorderem Längsschnitt des Uterus in der Arbeit von Thomas. Was die Indikationsstellung anbetrifft, so wurde 2 mal wegen vorangegangener Uterusruptur, 1 mal wegen Stenose der weichen Geburtswege und Vaginifixur und

24 mal wegen engen Becken die Sectio vorgenommen. In einem Falle wurde die Sectio in Moribunda (Lungenphtise) ausgeführt. Wegen Eklampsie ist kein Kaiserschnitt mehr ausgeführt worden, weil die Resultate für Mütter stets ungünstig waren. — Auf 12 Fälle von Placenta praevia caesarea finden sich 5 asphyktische Kinder (= 41,6 % gegen 83,5 % bei Thomas). Die Mortalitätsziffer für Mütter beträgt 7,4 % (2 von 27 — da ein Fall von Sectio in moribunda nicht mitzählen kann). Die Todesursache ist in beiden Fällen Luftembolie gewesen. Somit ist eine Infektionssterblichkeit der Mütter von 0 % verzeichnet.

Wir sehen, daß der Kaiserschnitt im Laufe der letzten Jahre mannigfache Varianten erfahren hat und zwar sowohl in bezug auf Indikationsstellung als auch in bezug auf Technik. „Und auch jetzt noch ist" wie Küstner in seiner Abhandlung „Kaiserschnitt, Rückblicke und Ausblicke" sagt, „die Akiurgie des Kaiserschnittes kein abgeschlossenes Kapitel, sie ist noch nicht zum Stillstand gekommen, sie befindet sich noch im Fluß, in stetiger Bewegung." Beim Durchlesen der Literatur aus der letzten Zeit über den cervicalen Kaiserschnitt habe ich gegen 20 verschiedene Operationsverfahren gefunden; Sellheim selbst gibt 4 Verfahren an; sämtliche Varianten hier aufzuzählen, gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit.

„Der berühmte Späth würde heute mit seiner Ansicht nicht mehr durchdringen, es sei besser, wenn die Früchte derjenigen mit engem Becken nicht am Leben blieben, und diejenigen, welche uns die alten Spartaner als Beispiel vorhielten, weil sie ihre schwächlichen Früchte in den Abgrund warfen, würden keinen großen Beifall finden."

Betrachten wir nun die Resultate des Kaiserschnittes, so kommen wir zu der Überzeugung, daß der Kaiserschnitt eine recht günstige Prognose für Mutter und Kind bietet. Somit sollte die Perforation (des lebenden Kindes) durch den Kaiserschnitt zu lediglich historischem Verfahren herabgedrückt werden. — Hat aber die Mutter das Recht, die Perforation des lebenden Kindes bei Gebärunmöglichkeit auf natürlichem Wege zu verlangen? Unmöglich kann man Pinards Ausführungen zustimmen, daß, wenn sich die Frau hat schwängern lassen, sie damit auch die Gefahren übernimmt, welche die Geburt mit sich bringt, und sich den Gefahren der Operationen, die für die Rettung des Kindes dem Arzte eventuell notwendig er-

scheinen, unterziehen muß. Auch die vollgültigste Indikation zur Ausführung des Kaiserschnittes ist nicht vollgültig, wenn nicht die Frau ihre Zustimmung zur Operation gegeben hat! Man wird keine Frau operativ entbinden, ohne es ihr vorher mitzuteilen, ebensowenig als man ohne Einwilligung irgend eine andere Operation machen darf. Es bleibt des Arztes hohe Aufgabe, die Frau zu bewegen, sich der Operation zu unterziehen, welche er für sie und für ihr Kind als die beste findet.

Prinzipiell wird man den Kaiserschnitt niemals ausführen, wenn durch diesen Eingriff die Mutter zugrunde gehen sollte. Aber auch das Leben des Kindes darf nur dann geopfert werden, wenn sonst Mutter und Kind verloren wären. „Und nur ausnahmsweise" — wie Frank sagt — „bei unheilbarer Krankheit der Mutter, durch welche sie in kürzester Zeit zugrunde ginge, ist das Leben des Kindes mehr wert, wie das Leben der Mutter." Und leider trotz aller Mittel, über die wir in der neuesten Zeit verfügen, wird es immer noch Fälle geben, in denen die Perforation des lebenden Kindes wird vorgenommen werden müssen, um die Mutter zu retten. Und wie Olshausen-Veit sagen: „über die theoretische Berechtigung, um das Leben der Mutter zu retten, das Kind zu verkleinern, brauche man ebensowenig zu diskutieren, wie über das Streben, diese Eventualität auf eine möglichst geringe Zahl der Fälle zu beschränken."

Zum Schluß lasse ich des Überblickes wegen zwei Tabellen folgen; die eine betrifft den corporealen klassischen, die andere den cervicalen Kaiserschnitt. Letztere ist zum Teil eine Wiederholung der Tabelle des Herrn Geheimrat Küstner (Münchener Med. Wochenschrift Nr. 34. 1909) zum Teil eine Fortsetzung derselben.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn *Geheimrat Küstner* sowie Herrn Oberarzt *Dr. Hannes* für die Anregung zu dieser Arbeit und ihre Durchsicht meinen innigsten Dank auszusprechen.

Corporealer (klassischer) Kaiserschnitt.

Fortl. Nr.	Nr. der Kranken-Gesch.	Datum der Operation	? Para	Becken	Frühere Geburten	Stand der Geburt Wehenbeginn Os ext. Blase?	Anzeige für die Operation	Sitz der Placenta	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht u. Größe des Kindes
1	1 K. F.	25. II. 07.	I. Para	26, 28, 17 C. diag. 9½ C. vera 8		vor 9½ Std. fünfmarkstückgroß Blase steht.	enges Becken	vorn	Verlauf leicht fieberhaft. Verlegung beider Schenkelvenen, entlassen am 49. Tage.	lebensfrisch ♀	3200 51
2	2 M. P.	14. V. 07.	IV. Para	26, 29, 16½ C. diag. 9 C. vera 7½	3 I. Spontan, Kind bald gestorben. II. Künstliche Frühgeburt. III. Sectio caesarea.	vor etwa 10 Std. innerlich nicht untersucht! Blase steht.	enges Becken	hinten	glatter Verlauf, entlassen am 19. Tage.	lebensfrisch	3050 49
3	3 K. K.	13. V. 07.	II. Para	25, 26½ C. diag. 9¼ C. vera 8¾	1 Forceps Totgeburt Wochenbettfieber, Blasenscheiden-Fistel	vor 10 Std. für 1 Finger durchgängig. Blase steht.	enges Becken. Schonungsbedürftigkeit der Narbe der Blasenscheiden-Fisteloperation.	vorn	glatter Verlauf, entlassen am 25. Tage.	lebensfrisch ♂	3340 51
4	4 P. B.	25. V. 07.	VI. Para	22½, 23, 14 C. diag. 8¾—9 C. vera 6¾—7	5 I.) spontan, II.) Kind tot. III. Perforation IV. Perfor. des nachfolgend. Kopfes V. Sectio caesarea	vor 6 Stunden fünfmarkstückgroß Blase steht.	enges Becken Drohende Uterusruptur.	hinten	leicht fieberhaft Stichkanaleiter, entlassen am 20. Tage	asphyktisch unreife Frucht † nach 3 Std.	1550

5	5 M. L.	13. VI. 07.	IV. Para	25, 26, 17 C. diag. 9 C. vera $6^3/_4$—7	3 I. Perforation II. spontan — totes Kind III. Sectio caesarea	fünfmarkstückgroß Blase steht	enges Becken	vorn	glatter Verlauf. entlassen am 20. Tage	asphyktisch	3100 50
6	6 M. B.	13. VI. 07.	I. Para	23, $24^1/_2$, 15 C. diag. $9^3/_4$ C. vera 8		völlig erweitert Blase gesprungen	enges Becken	hinten	fast glatter Verlauf. entlassen am 20. Tage	lebensfrisch	3000
7	7 A. K.	29. VI. 07.	V. Para	Allg. verengt	4 2 mal Totgeburt 2 mal Perforation	vor 6—8 Stunden fünfmarkstückgroß Blase steht	enges Becken	hinten	fast glatter Verlauf entlassen am 22. Tage	leicht asphyktisch ♂	2700 48
8	8 M. A.	3. VII. 07.	II. Para	$25^1/_2$, $28^1/_2$ C. diag. $8^3/_4$—9 C. vera $7^1/_2$	1 Perforation	vor $7^1/_2$ Stunden fast vollst. erweitert Blase steht	enges Becken	hinten	fast glatter Verlauf entlassen am 24. Tage	lebensfrisch ♀	3850
9	9 K. L.	9. VII. 07.	II. Para	28, 29, 19 C. diag. 10—$9^1/_2$ C. vera $8^1/_4$—$7^3/_4$	1 Perforation	vor $7^1/_2$ Stunden fünfmarkstückgroß Blase steht	enges Becken	vorn	fast glatter Verlauf entlassen am 25. Tage	blau asphyktisch ♂	3420 51
10	10 J. K.	10. IX. 07.	III. Para	25, 27, 17 C. diag. $9^1/_2$ C. vera 8—$7^1/_2$	2 I. Perforation II. Sectio caesarea	vor 13 Stunden Blase steht	enges Becken	hinten	vollkommen glatt. Verlauf, entlassen am 16. Tage	blau asphyktisch	2360
11	11 M. L.	19. XI. 07.	IV. Para	24, $28^1/_2$, $16^1/_2$ C. diag. 10 C. vera $8^1/_2$	3 I. ⎫ spontan — Tot- II. ⎭ geburt III. Perforation	vor 7 Stunden vollständig erweitert Blase gesprungen vor 2 Stunden	enges Becken	vorn	glatter Verlauf, entlassen am 21. Tage	asphyktisch ♀	3040 49
12	12 E. H.	6. XII. 07.	I. Para	$23^1/_2$, $23^1/_2$, 17 C. diag. $8^1/_2$ C. vera 7		vor 3 Stunden kaum eröffnet Blase steht	enges Becken	vorn	glatter Verlauf, entlassen am 16. Tage	lebensfrisch ♂	3170 50
13	13 R. S.	15. XII. 07.	II. Para	23, 26, 17 C. diag. 9 C. vera $7^1/_2$	1 Perforation des noch lebenden Kindes	vor 3 Stunden Blase steht	enges Becken	hinten	glatter Verlauf, entlassen am 21. Tage	leicht asphyktisch ♂	3250 51

Corporealer (klassischer) Kaiserschnitt.

Fortl. Nr.	Nr. der Kranken-Gesch.	Datum der Operation	? Para	Becken	Frühere Geburten	Stand der Geburt Wehenbeginn Os ext. Blase?	Anzeige für die Operation	Sitz der Placenta	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht u. Größe des Kindes
14	14 G. M.	22. XII. 07.	I. Para	25½, 26½, 16 C. diag. 8,5 C. vera 6¾—7		vor 6 Stunden fünfmarkstückgroß Blase steht	enges Becken	vorn	glatter Verlauf, entlassen am 16. Tage	leicht asphyktisch ♀	2500 47
15	15 J. P.	15. I. 08.	II. Para	21, 25, 18 C. diag. 9½—10 C. vera 8¼—8½	1 Totgeburt	vor 36 Stunden fast vollständig erweitert Blase gesprungen	enges Becken	vorn	† peritoneale Streptomykose, Bauchdeckenabszeß	bleich asphyktisch	3000 48
16	18 J. T.	13. III. 08.	II. Para	Tumor im Becken	1 Partus — spontan		enges Becken absolute Indikation	vorn	fast glatter Verlauf entlassen am 20. Tage	bleich asphyktisch	3040 48
17	20 M. G.	12. V. 08.	V. Para	26, 26½, 15½ C. diag. 9 C. vera 7½	4 I. Perforation des sterbend. Kindes II. Steißgeb. Kind tot III. Künstl. Frühgeb. IV. Abort im 3. Monat	vor 2 Stunden Blase steht	enges Becken	vorn	vollkommen glatter Verlauf, entlassen am 21. Tage	leicht asphyktisch ♀	3080 50
18	21 K. S.		V. Para		4 I. Wendung — Perforation II. Perforation III. Abort IV. Sectio caesarea	vor 6—8 Stunden vollständig erweitert Blase steht	enges Becken	hinten	fast glatter Verlauf entlassen am 25. Tage	leicht asphyktisch ♀	3480 52
19	22 W. H.	2. VI. 08.	II. Para	25½, 26½, 16 C. diag. 8½ C. vera 6¾—7	1 Totgeburt	vor ca. 30 Stunden fünfmarkstückgroß Blase steht	enges Becken	hinten	vollkommen glatt. Verlauf, entlassen am 16. Tage	leicht asphyktisch ♂	2750 49

20	24 B. T.	1. VII. 08.	VII. Para	normal	6 Spontangeburten		Ca. cervicis		† am 1. IX. 08 peritoneale Streptomykose Pyelonephritis	unreife Frucht nach 20 Minuten gestorben	
21	25 M. L.	21. IX. 08.	V. Para	25, 26, 17 C. diag. 9 C. vera $6^3/_4-7$	4 I. Perforation II. spontan — totes Kind III. } Sectio caesarea IV. }	vor $3^1/_2$ Stunden wurde innerlich nicht untersucht Blase steht	Enges Becken	vorn	vollkommen glatter Verlauf, entlassen am 20. Tage	lebensfrisch	3000 51
22	26 A. K.	23. IX. 08.	VI. Para	allgemein verengt	5 zweimal Totgeburt zweimal Perforation V. Sectio caesarea	vor ca. 3—4 Std. wurde innerlich nicht untersucht Blase steht	Enges Becken	hinten	Verlauf leicht fieberhaft, entlassen am 25. Tage	leicht asphyktisch ♂	2750 49
23	35 A. B.	22. V. 09.	XI. Para	normal	9 spontane Partus und 1 Abort		Ca. cervicis		Verlauf leicht fieberhaft, entlassen am 35. Tage	unreife Frucht nach einigen Minuten gestorben	33 cm

Cervicaler Kaiserschnitt.

Fortl. Nr.	Nr. d. Krank.-geschichte	Datum der Operation	? Para	Becken	frühere Geburten	Stand der Geburt Wehenbeginn Os ext. Blasensprung	Reiner Fall vorher und wo untersucht Temp. Puls	Anzeige für die Operation	Technik	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht und Größe des Kindes
1	16. H. A.	9. II. 08	I. Para	C. vera 8½-9 Quermaße 10½, 10, 8½	—	vor 24 Std. völlig erweitert vor 4 Tagen	stinkendes Fruchtwasser, kein Fieber Infektionsverdacht außerhalb von Hebamme unters.	enges Becken Cervixdehnung blut. Urin Asphyxie	Fascienquerschn. Längsschnitt in Cervix extraperitoneal kleines Loch ins Peritoneum Nahtverschluß	eiternde Stichkanäle, stinkender mit Gasblasen untermischt. Eiter, entlassen am 27. Tage	bleich asphyktisch wiederbelebt leb. entlassen ♂	2380 48
2	17. E. H.	18. III. 08	I. Para	28, 28, 16½ C. diag. 9½ C. vera 8½ Quermaße 12, 10½, 9	—	vor 12—16 Std. nahezu erweitert nicht festzustellen	Hausschwangere außerhalb nicht untersucht, in der Klinik nur wenige Male, nur mit Gummihandschuh	enges Becken etwas Cervixdehnung Asphyxie	Fascienquerschn. mit breiter Eröffnung des Peritoneums, dieses erst nach Entwicklung des Kindes genäht Nahtverschluß	† peritoneale Streptomykose Abszess in den Bauchdecken	wenig asphyktisch ♀	3190 54
3	19. A. F.	21. II. 08	I. Para	C. vera 8½ Quermaße 11, 11, 10	—	vor 24 Std. völlig erweitert vor 4 Std.	kommt kreißend in die Klinik kein Fieber	enges Becken bedeutende Cervixdehnung	Fascienquerschn. Längsschnitt in Cervix, extraperitoneal — kleines Loch ins Peritoneum Nahtverschluß	riechende Lochien Bronchitis eiternde Stichkanäle entlassen am 46. Tage	mäßig asphyktisch ♂	3050 50
4	23. M. B.	22. VI. 08	I. Para	27, 28, 17 C. diag. 11 C. vera 9½	—	Wehen seit über 3 Tagen völlig erweitert vor 17 Std.	stinkendes Fruchtwasser, außerhalb untersucht Infektionsverdacht Temp. 37,7	enges Becken hintere Scheitelbeineinstellung Cervixdehnung	Median-Längsschnitt extraperitoneal Schutzstreifen	riechende Lochien eiternde Stichkanäle, sonst ohne sonderliche Störung, entlassen am 45. Tage	wenig asphyktisch ♀	2920 50

5	27 M. K.	2. XI. 08	I. Para	23, 26, 18 C. diag. 11 Allg.v.Becken	—	vor 44 Std. völlig erweitert vor 33 Std.	von der Hebamme außerhalb unter- sucht Infektions- verdacht	enges Becken bedeutende Cervixdehnung beg. Asphyxie	Medianer Längs- schnitt Blase rechts extraperitoneal Nahtverschluß	Verlauf fieberhaft Eiterung r. Parotitis, entlassen am 46. Tage	bleich asphyktisch ♂	3370 50
6	28 M. K.	20. I. 09	V. Par	Tumor im Becken	4 I. Abort II. Embryo- tomie wegen Eklampsie III. IV. } spontan	vor etwa 24 Std. völlig erweitert vor 4 Tagen	von der Hebamme außerhalb unter- sucht Infektions- verdacht	enges Becken absolute Indikation	transperitonéal Medianer Längs- schnitt Nahtverschluß	Broncho- pneumonie Eiterungen, entlassen am 53. Tage	lebensfrisch ♂	2030 45
7	29 A. K.	2. III. 09	VII. Para	24, 26, 17½ C. diag. 10 C. vera 8¼	6 I.-IV. künst- liche Früh- geburt V. rechtzeitg. totgebor. VI. Frühgeb., 1 Kind lebt	vor etwa 24 Std. völlig erweitert vor 2 Std.	reiner Fall	enges Becken Asphyxie	extraperitoneal Schnitt links I. Lage Peritoneum nachträgl. auf- geschnitten Schutzstreifen	vollkommen glatter Verlauf, entlassen am 29. Tage	lebensfrisch ♀	3100 53
8	30 I. D.	17. V. 09	II. Para	26, 28, 17 C. vera 8¾	1 Wendung Perforation des nachfol- gendenKopfes	vor 11 Std. völlig erweitert vor ½ Std.	reiner Fall	allgemein verengtes Becken	extraperitoneal Schnitt rechts Blase median II. Kopflage Schutzstreifen	glatter Verlauf, entlassen am 26. Tage	lebensfrisch ♂	3560 51
9	31 K. K.	15 V. 09	IV. Para	C. diag. 9¾ C. vera 8¼	3 I. Perforation II. Forceps, lebt III. Perforation	seit 2 Tagen völlig erweitert vor 3 Std.	außerhalb von Hebamme unter- sucht Infektions- verdacht Temp. 37,5	enges Becken bedeutende Cervixdehnung Cervix papierdünn	extraperitoneal Schnitt links Blase rechts II. Stirnlage Schutzstreifen	fast glatter Verlauf entlassen am 28. Tage	wenig asphyktisch ♂	3650 54

Cervicaler Kaiserschnitt.

Fortl No.	No. d. Krank.-geschichte	Datum der Operation	? Para	Becken	frühere Geburten	Stand der Geburt Wehenbeginn Os ext. Blasensprung	Reiner Fall vorher und wo untersucht Temp. Puls	Anzeige für die Operation	Technik	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht und Größe des Kindes
10	32 A. H.	7. VI. 09	I. Para	C. diag. 10½ C. vera 9	—	vor 36 Std. völlig erweitert vor 21 Std.	stinkendes Fruchtwasser Zangenversuch in der Poliklinik außerh. von Hebamme untersucht Infektionsverdacht	enges Becken Asphyxie Forcepsversuch Cervixdehnung	extraperitoneal Schnitt links Blase median I. Lage Ob Blase völlig intakt? Dauerkatheter Schutzstreifen	Cystitis fast glatter Verlauf entlassen am 34. Tage	bleich asphyktisch ♂	3600 54
11	33 E. S.	13. V. 09	I. Para	26, 28, 18	—	vor 2 Tagen über fünfmarkstückgr. vor ½ Std.	kreißend aufgenommen außerhalb untersucht Infektionsverdacht	enges Becken Asphyxie	extraperitoneal Längsschnitt links Schutzstreifen	nicht unbeträchtliche Eiterung Pneumonie, entlassen am 46. Tage	bleich asphyktisch ♀	3520 57
12	34 A. F.	14. VI. 09	III. Para	29, 25, 18 C. diag. 11	2 Partus beide Perforation.	vor ca. 10 Std. völlig erweitert vor 10 Std.	außerhalb untersucht (in Glatz) Infektionsverdacht Temp. 37,3	enges Becken Cervixdehnung Asphyxie	extraperitoneal Längsschnitt links Blase median I. Lage kleines Loch ins Perit. sofort geschlossen Schutzstreifen	glatter Verlauf	bleich asphyktisch ♂	3350 54
13	36 H. A.	27. V. 09	II. Para	C. vera 8½-9 Quermaße 10½, 10, 8½	1 1 Partus extraperitonealer Kaiserschnitt cf. Nr. 1	seit ca. 36 Std. Portiozapfenförm. f. 1 Finger durchg. Cervix 1 cm lg., Blase steht noch.	reiner Fall in der Klinik 3 mal ärztlich untersucht	enges Becken	tiefer peritonealer Kaiserschnitt Schnitt rechts Nahtverschluß	glatter Verlauf, entlassen am 20. Tage	asphyktisch ♀	2850 47

14	37 A. S.	16 VI. 09	I. Para	29, 25½, 17½ C. diag. 10½ C. vera 9	—	vor 43 Std. völlig erweitert vor 6 Std.	reiner Fall	enges Becken Asphyxie	transperitoneal weil extraperiton unmögl. Schnitt links Schutzstreif.	glatter Verlauf Entlassen am 34. Tage	tief asphyktisch ♀	3230 53
15	38 G. L. geb. M.	14 VIII. 09	II. Para	25½, 26½, 16 C. diag. 8½ C. vera 6¾-7	1 Sectio caesarea conservat.	vor 12 Std. fast vollst. erweit. Blase seht	reiner Fall	enges Becken drohende Uterus- ruptur	tief peritoneal Schnitt median Nahtverschluß	vollkommen glatter Verlauf Entlassen am 19. Tage	lebensfrisch ♀	3000 48
16	39 K. P.	5. VIII. 09	I. Para	24½, 28, 17½ C. diag. 10½ C. vera 8½	—	vor 33 Std kaum fünfmarkstückgr. vor mehr als 24 Std.	reiner Fall	enges Becken bedeutende Cervixdehnung	transperitoneal weil extraperiton. unmögl. Blase median II. Lage Schnitt rechts Wundverschluß	stark riechende Lochien Verlauf leicht fieberhaft Entlassen am 30. Tage	leicht asphyktisch ♀	3440 50
17	40 M. B.	29. VIII. 09	I. Para	C. diag. 9 C. vera 7¾	—	vor 12 Std. für 1 Finger durch- gängig, Blase vor kurzem gesprung.	reiner Fall	enges Becken	transperitoneal Blase median II. Lage Schnitt rechtsWundvschl	vollkommen glatter Verlauf Entlassen am 19. Tage	bleich asphyktisch ♀	2600 48
18	41 M. K.	24. VIII. 09	II. Para	24, 25, 15 C. diag. 9 C. vera 7½	1 Partus Perforation Cranioclasie	vor 2 Tagen nahezu vollstän- dig erweitert Blase steht	reiner Fall	enges Becken	extraperitoneal Blase links Schnitt rechts Wundverschluß	Verl. leicht fieber- haft, Bronchitis, Stichkanaleiter, entl. am 31. Tage	asphyktisch ♂	3050 47
19	42 H. T.	15 IX. 09	I. Para	C. diag. 10½ C. vera 9	—	vor 12 Std. knapp fünfmarkstückgr. vor 6 Std.	1 mal außerhalb von der Hebamme untersucht vor demBlasensprung kommt kreißend in die Klinik Temp. 37,4	enges Becken	transperitoneal I. Lage Blase links Schnitt rechts	vollkommen glatter Verlauf Entlassen am 18. Tage	lebensfrisch ♂	3600 52
20	43 H. U.	23. X. 09	I. Para	26, 27, 17 C. diag. 10 C. vera 8½	—	vor 48 Std. fünfmarkstückgr. vor 6 Std.	kommt kreißend in die Klinik	enges Becken	extraperitoneal II. Lage Blase median Schnitt rechts kleines Loch ins Perit. Schutzstreifen	vollkommen glatter Verlauf Entlassen am 19. Tage	leicht asphyktisch ♀	3050 48

Fortl. Nr.	Nr. d. Krank.-geschichte	Datum der Operation	? Para	Becken	frühere Geburten	Stand der Geburt Wehenbeginn Os ext. Blasensprung	Reiner Fall vorher und wo untersucht Temp. Puls	Anzeige für die Operation	Technik	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht und Größe des Kindes
21	44. A. S.	29. X. 09	I. Para	C. diag. $10^3/_4$ C. vera $9^1/_4$	—	Vor über 48 Std. handtellergroß vor 2 Std.	kommt kreißend in die Klinik außerhalb von der Hebamme untersucht	enges Becken Cervixdehnung Asphyxie	extraperitoneal Blase links Längsschnitt rechts I. Lage Schutzstreifen	Broncho-pneumonie Eiterung Verlauf fieberhaft	asphyktisch ♂	3350 50
22	45. P. G.	17. XI. 09	I. Para	24, 26, 18 C. diag. $10^3/_4$ C. vera 9	1 Abort vor 22 Jahren	vor 60 Std. völlig erweitert vor 56 Std.	stinkendes Fruchtwasser Eiweiß im Urin Temp. 37,5	enges Becken Asphyxie	transperitoneal Blase links II. Lage Schnitt rechts Schutzstreifen	Bauchdecken-abszeß Cystitis Bronchitis entlassen am 53. Tage	schwer asphyktisch ♀	3070
23	46. B. H.	7. II. 10	IV. Para	25, 27, 18 C. diag. $11^1/_2$ C. vera $9^1/_2$	3 normale Partus	knapp fünfmarkstückgr. vor 11 Std.	reiner Fall nur in der Klinik ärztlich untersucht	enges Becken Asphyxie	extraperitoneal Blase links II. Lage Schnitt rechts	vollkommen glatter Verlauf entlassen am 24. Tage	tief asphyktisch	2640 52
24	47. P. W.	4. II. 10	I. Para	C. diag. 11 C. vera $9^1/_2$	—	vor 26 Std. ca. fünfmarkstückgr. vor 14 Std.	außerhalb von der Hebamme untersucht Fruchtwasser stinkend Infektions-verdacht	enges Becken Asphyxie	extraperitoneal Blase median I. Lage Schnitt links Schutzstreifen	Blasenbauch-deckenfistel Verlauf leicht fieberhaft entlassen am 29. Tage	†	—
25	48. H. B.	10. III. 10	II. Para	25, 27, 15 C. diag. $8^1/_4$ C. vera $7^1/_4$	1 Sectio caesarea conserv.	vor 12 Std. fast vollst. erweit. Blase steht	reiner Fall	enges Becken	transperitoneal I. Lage Schnitt links	glatter Verlauf entlassen am 20. Tage	lebensfrisch ♀	3740 51

Literaturverzeichnis.

Banasz: „Die Stellung des Kaiserschnitts zu konkurrierenden Verfahren auf Grund der Operationsresultate der letzten Jahre." Inaug.-Dissertation. Breslau 1907.

Frank: „Suprasymphysäre Entbindung." Archiv für Gynäkologie. Bd. LXXXI.

Hahn: „Elf konservative Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitte." Centralblatt für Gynäkologie 1899, Nr. 49.

Hannes: „Die Therapie bei engem Becken und ihre Wandlungen." Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1908.

Küstner: „Jndikation und Methodik der Sterilisation der Frau." Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXI.

— „Kaiserschnitt, Rückblicke und Ausblicke." Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. LXIII. 1908.

— „Über den extraperitonealen Kaiserschnitt, seine Technik und Indikationsstellung." Münch. Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 34.

Nürnberger: „Zur Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes." Centralblatt für Gynäkologie, 1909, Nr. 26.

Osiander: „Grundriß der Entbindungskunst." Göttingen. 1802.

Sellheim: „Der extraperitoneale Uterusschnitt." Centralblatt für Gynäkologie, 1908, Nr. 5.

Schmidts Jahrbücher C. XVII.

Thomas: „Die Indikationsstellung und Technik des Kaiserschnittes." Inaug.-Dissert. Breslau. 1902.

v. Winckel: „Handbuch der Geburtshilfe."

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Kasimir Michalski, preußischer Staatsangehöriger, katholischer Konfession, wurde als Sohn des verstorbenen Michael Michalski und dessen gleichfalls verstorbenen Ehefrau Michalina, geb. Szymańska, am 24. Januar 1883 zu Punitz (Prov. Posen), geboren.

Er besuchte von 1889—1896 die Volksschule zu Dolzig, Kr. Schrimm, von 1896—1901 das Kgl. Mariengymnasium in Posen, von 1901—1904 das Kgl. Gymnasium in Schrimm, welches er im Februar 1904 mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Hierauf begann er das Studium der Medizin, dem er nacheinander auf folgenden Universitäten oblag: Berlin zwei Semester, München drei Semester, Breslau fünf Semester.

Am 8. November 1906 bestand er in Breslau das Physicum und am 21. Mai 1909 das ärztliche Staatsexamen.

Seit dem 1. Juli 1909 ist er am Hospital der Barmherzigen Brüder in Breslau als Medizinalpraktikant tätig.

Seine akademischen Lehrer waren folgende Herren Professoren und Dozenten:

in Berlin: *Börnstein, Brückner, Hertwig, W. Krause, Pagel, F. E. Schulze, Schwendener, Waldeyer, H. Virchow.*

in München: *v. Bayer, Mollier, L. Neumayer, Röntgen, Rückert, v. Voit (†).*

in Breslau: *Anschütz, Bonhoeffer, Czerny, Dienst, Filehne, Flügge, Garré, Goebel, Gottstein, Groenouw, Hannes, Hasse, Hinsberg, P. Krause, Küstner, Küttner, Lesser, Müller, Ponfick, Schäffer, R. Stern, v. Strümpell, Uhthoff, Winkler, Ziegler, Zieler.*

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.